В. Б. Жиромская

ЖИЗНЕННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ ПОСЛЕВОЕННЫХ ПОКОЛЕНИЙ В РОССИИ

1946–1960

РОССИЙСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ГУМАНИТАРНЫЙ
УНИВЕРСИТЕТ

РОССИЙСКАЯ АКАДЕМИЯ НАУК
Институт российской истории

В. Б. Жиромская

ЖИЗНЕННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ ПОСЛЕВОЕННЫХ ПОКОЛЕНИЙ В РОССИИ

Историко-демографический аспект

1946 – 1960

Москва
2009

УДК 314
ББК 60.7
Ж 66

Ответственный редактор
академик *Ю.А. Поляков*

Рецензенты:
доктор экономических наук *В.В. Минаев*,
доктор исторических наук *В.В. Лавров*

Рукопись подготовлена при поддержке гранта РФФИ № 07-06-00168а, а также Программы фундаментальных исследований Президиума РАН «Адаптация народов и культур к изменениям природной среды, социальным и техногенным трансформациям»

Художник *Михаил Гуров*

© Жиромская В.Б., 2009
© Российский государственный гуманитарный университет, 2009

ISBN 978-5-7281-1036-1

Оглавление

Введение *7*

Глава I. Источники исследования

1. Общая характеристика источников *13*
2. История подготовки и проведения Всесоюзной переписи населения 1959 г. *14*

Глава II. После войны: отцы и дети

1. «Последняя жертва...» *34*
2. Демографические последствия людских потерь: возрастнополовой состав населения и брачность *45*
3. «Эхо» войны: региональная специфика *58*

Глава III. Государственная демографическая политика в послевоенные годы

1. Меры государственной политики по охране материнства и детства *84*
2. Государственная политика по охране здоровья населения *116*
3. Проблемы повышения образовательного уровня разных поколений населения и государственная политика *148*

Глава IV. Особенности периода послевоенной демографической компенсации в России

1. «Бэби-бум» или «бэби-спад»? *174*
2. Заболеваемость и смертность населения во второй половине 1940-х годов *191*

3. Особенности демографического развития России в 1950-е годы *248*

Послевоенный период истории населения России в контексте глобального демографического развития (*вместо заключения*) *287*

Война закончилась. Однако радость Великой победы была омрачена теми огромными потерями, которые понес народ нашей страны в этой войне. Численность населения уменьшилась на 27 млн человек. Хозяйство многих районов, захваченных гитлеровской армией, было разрушено. Оккупированная территория составляла 1,9 млн кв. км. На этом пространстве проживало до войны 45% населения страны. Общие материальные издержки СССР составили более 2,5 трлн рублей. Фашистские захватчики разрушили и сожгли 1710 городов и рабочих поселков, более 70 тыс. сел и деревень, лишив крова 25 млн мирных жителей[1].

Сильно пострадал жилой фонд. Людям приходилось жить в землянках, в полуразрушенных домах, в немыслимой тесноте.

Тяжелый удар был нанесен промышленности и сельскому хозяйству: было разрушено около 32 тыс. предприятий и свыше 100 тыс. колхозов и совхозов, угнано в Германию 64 млн голов крупного рогатого и мелкого скота[2]. Промышленные предприятия потеряли миллионы квалифицированных специалистов, а в деревне в послевоенное время осталась лишь $^1/_3$ мужчин от их численности на начало войны.

Особенно тяжелым было состояние сельского хозяйства. В канун войны в колхозах состояло почти 17 млн мужчин, а в 1945 г. их насчитывалось лишь 6,5 млн[3], из них трудоспособных мужчин на 1 января 1946 г. осталось 1,2 млн. Они уходили из сел на восстановление промышленности, городов, жилищного фонда, а на колхозных полях в первые послевоенные годы работали в основном подростки и женщины.

На территориях тыловых районов все хозяйство было сориентировано на нужды обороны. Необходимо учесть и то обстоятельство, что сельскохозяйственная техника и инвентарь за годы войны

пришли в полную непригодность, поскольку в течение этих лет практически не обновлялись. Вся промышленность, производившая до войны сельскохозяйственную технику, на протяжении четырех лет была сосредоточена на выпуске разных видов вооружения.

В первые послевоенные годы население страны столкнулось с новым бедствием. Такая крупномасштабная, технически оснащенная война не могла не сказаться на экологической ситуации. Напомним, что одним из последствий Первой мировой и Гражданской войн и социально-экономических катаклизмов были тяжелые климатические условия, вызвавшие в 1921 г. голод. Влияние войны на климатические условия и экологическую ситуацию еще мало изучено. Эта важная проблема ждет своего специального исследования. Мы не стремимся умалить значение фактов экономического, политического плана, вызвавших голод в условиях послевоенной разрухи. Об этом много говорится в научной литературе. Однако факты свидетельствуют о прямой связи стихийных, казалось бы, бедствий с крупномасштабными войнами и социально-политическими катаклизмами. После Второй мировой войны начались засуха, охватившая зерновые районы Центральной России, Молдавии и Украины, и затяжные проливные дожди в Западной Сибири, повлекшие за собой в 1946 г. неурожай и голод среди и без того ослабевшего в тяжелые военные годы населения ряда районов страны. Но и в тех районах, где хлеб уродился, его не смогли собрать полностью из-за недостатка или аварийного состояния сельскохозяйственной техники. По подсчетам ученых, жертвами голода вследствие болезней и недоедания стали в СССР около 1 млн человек, в том числе в РСФСР – 0,5 млн.[4]

В этой обстановке демографические потери войны оказались особенно трудновосполнимыми. Перед поколениями людей, крайним напряжением своих физических и духовных сил выигравших войну и одержавших Великую победу над фашизмом, встали новые трудности, преодоление которых требовало не менее великого подвига. Предстояло возродить страну, вернуть к мирной жизни промышленность на новой технической основе, оснастить сельское хозяйство инвентарем и техникой. Помощи от нашей страны ждали и освобожденные от гитлеровской оккупации народы стран, включенных в орбиту социалистической системы.

Положение осложнялось тем обстоятельством, что восстановить хозяйство на территории СССР, как и оказать помощь странам «социалистического лагеря», как его тогда называли, необходимо было в наикратчайшие сроки.

Материальной помощи извне ждать не приходилось, рассчитывать можно было лишь на собственные ресурсы, в том числе и трудовые. Между тем люди были измотаны войной, и в канун победы им казалось, что с окончанием войны спадет и то сверхчеловеческое напряжение, которое требовалось от них все это время. Однако предстояло снова напрячь все силы, чтобы не только залечить нанесенные войной раны, но и обеспечить дальнейшее развитие промышленности и энергетики, подготовить базу для научно-технической революции, наладить в стране работу городского коммунального хозяйства, развивать жилищное строительство, обеспечить подготовку квалифицированных кадров нового поколения и т. д.

Оглядываясь назад, на то далекое для нас время, надо признать, что люди совершили новый, на этот раз трудовой, подвиг, ценой невероятных усилий за короткое время восстановив страну. Какова цена этой новой победы поколений, выдержавших все тяготы войны? Ведь именно те самые люди, которые вернулись с фронтов, составили вплоть до начала 1950-х годов основной процент населения трудоспособного возраста. Новая трудовая смена, способная его заменить, еще не подросла. Труд подростков был после войны ограничен, а затем вытеснен из производства. Сокращено было во многих видах производств и применение женского труда. Несмотря на это доля женщин, занятых в различных отраслях хозяйства, в том числе на транспорте, в промышленности, оставалась значительной. Это были в основном те же женщины, которые стояли во время войны у станков, выдерживая подряд по три смены, работали до изнеможения на колхозных полях. Жизненные силы этих поколений были в значительной мере подорваны трудностями военного времени. Однако именно этим поколениям пришлось решать тяжелейшие задачи восстановления страны.

Каким же жизненным потенциалом они обладали после войны?

Напомним, что жизненный потенциал поколения – это заложенные в нем жизненные силы, т. е. способность к воспроизводству, состояние здоровья, продолжительность жизни. Мы рассматриваем здесь послевоенный период, когда влияние экзогенных факторов было очень велико, поскольку наложились друг на друга и последствия войны, и голод, и трудности восстановительного периода.

В книге обращается внимание прежде всего на *условные* послевоенные поколения, т. е. совокупность современников, живших после войны. Там, где необходимо, произведен также анализ демографических характеристик реальных поколений

определенных лет рождения. В частности, исследованы поколения, родившиеся в начале XX в. (1900–1904, 1905–1909 гг.) и в 1920-е годы (1919–1923, 1924–1928 гг. и т. д.), жившие в послевоенный период. Они были отцами и дедами тех, кто родился после войны. Отцы и дети – эта тема проходит через всю книгу. Дети и младенцы, их здоровье и выживаемость, и родители – продолжительность их жизни, здоровье, способность к воспроизводству.

Следует заметить, что понятие «жизненный потенциал» может включать в себя и более широкий спектр вопросов, как то: жилищное обеспечение, качество питания, уровень материального благосостояния, характеризующих качество жизни. Не ставя своей целью рассмотрение всей совокупности этих аспектов углубленно, мы, безусловно, будем касаться их в ходе исследования.

В книге показан удивительный феномен в истории человечества – как народ, отягощенный войной и ее последствиями – голоданием, трудностями восстановительного периода, нашел в себе силы выжить, восстановить страну и дать жизнеспособное потомство невзирая на негативное влияние факторов экзогенного порядка.

В научных отечественных трудах демографическое развитие населения в послевоенный период (1945–1960 гг.) изучено мало. В советских изданиях, вышедших до так называемой оттепели, этот исторический период рассматривался в ультрамажорном плане – как триумфальное шествие от разрушенного войной хозяйства к полному его восстановлению. Приводилось множество данных о развитии в это время тяжелой промышленности, о добыче полезных ископаемых – нефти, угля, железной руды и даже о якобы непрерывном росте материального благосостояния трудящихся.

В годы оттепели послевоенный период выпал из поля зрения исследователей, а в 1970–1980-х годах мажорные тона вновь зазвучали в научной литературе. Из работ, изданных в этот последний период, выделяется книга И.М. Волкова «Трудовой подвиг советского крестьянства в послевоенные годы» (М.: Наука, 1972). Автор, несмотря на жесткую цензуру, сумел показать всю тяжесть бремени, которую вынесло на своих плечах крестьянство в восстановительный период, и отдал должное его подвигу. В работе собран большой документальный материал, приводятся некоторые архивные данные, хотя доступ в архивы тогда для исследователей был ограничен.

В годы перестройки небывалый трудовой энтузиазм нашего народа, в короткие сроки обеспечившего возрождение страны, был

непонятен тем, кому вся ее история советского периода виделась лишь в негативном плане. Однако в те годы открылись архивы и стало можно писать на ранее запретные темы, к которым относился, в частности, голод 1946–1947 гг. Была опубликована книга В.Ф. Зимы «Голод в СССР 1946–1947 годов» (М., 1996). Автор впервые, используя архивные материалы, исследовал эту проблему. Он подсчитал число людских потерь в голодные годы. По его расчетам, в СССР погибло 2 млн человек. С его цифрой согласны не все исследователи. В.А. Исупов, уделивший большое внимание теме голода и его демографических последствий в Западной Сибири в книге «Население Западной Сибири в 1930–1950-е гг.» (Новосибирск, 2000), считает данные Зимы завышенными и обосновывает цифру 1 млн человек в пределах СССР. Другой исследователь, В.П. Попов, касаясь последствий голода в масштабах России, считает, что голод в пределах РСФСР унес примерно 770 тыс. жизней (см. статьи: Причины сокращения численности населения РСФСР после Великой Отечественной войны // СОЦИС. 1994. № 10; Региональные особенности демографического положения РСФСР в 40-е годы // Там же. 1995. № 12; 1996. № 3–4). Справедливости ради стоит сказать, что смертность этого периода было бы неправильно рассматривать как следствие только голода. В то время было зарегистрировано много смертей от разного рода инфекций, далеко не всегда непосредственно связанных с голодом, в частности от туберкулеза, а также от ран, полученных на фронтах войны. Более других близки к истине расчеты В.А. Исупова. Его точку зрения поддерживают и авторы книги «Демографическая модернизация России: 1900–2000» (М., 2006).

Из изданий перестроечного периода следует отметить работу И.Е. Зеленина «Аграрная политика Н.С. Хрущева и сельское хозяйство» (М., 2001), посвященную последствиям аграрных реформ Хрущева. В исследовании дается объективная оценка влияния этой политики на развитие населения. И.Е. Зеленин не занимался специально вопросами демографии, но в его работе приводятся общие данные о питании жителей села, рождаемости и смертности в то время.

В 2001 г. вышел в свет второй том коллективной монографии «Население России в XX веке: исторические очерки. 1940–1959 гг.», подготовленной сотрудниками РАН. Используя обширный архивный материал, авторы рассматривают основные тенденции демографического развития России. В одной из глав поставлен вопрос о последствиях людских потерь в годы Великой

Отечественной войны: деформации возрастнополового состава населения, падении рождаемости, повышении смертности и т. д.

Влиянию Второй мировой войны на демографические процессы, так называемому демографическому эху войны, уделено внимание в книге «Война и общество, 1941–1945» (М.: Наука, 2004. Кн. 2. Глава «"Демографическое эхо" войны», авторы Ю.А. Поляков, В.Б. Жиромская и Н.А. Араловец). Эта проблема нашла отражение и в статье В.Б. Жиромской и Н.А. Араловец «Демографические последствия Великой Отечественной войны», опубликованной в сборнике «Россия в XX веке. Война 1941–1945 гг. Современные подходы» (М.: Наука, 2005).

Семейно-брачные отношения послевоенного времени рассматриваются в книге Н.А. Араловец «Городская семья в России: 1927–1959 гг.» (Тула, 2009): изменение состава сельской семьи, ее детности, продолжительности состояния в браке и т. д.

Интерес представляет книга, изданная сотрудниками НИИ Госкомстата РФ Е.М. Андреевым, Л.Е. Дарским, Т.Л. Харьковой, «Демографическая история России: 1927–1959» (М., 1998), в которой на основе специально разработанной авторами методики дана оценка уровней рождаемости и смертности населения, в том числе младенческой, в послевоенные годы.

Сравнительно недавно вышла в свет коллективная монография под редакцией А.Г. Вишневского «Демографическая модернизация России: 1900–2000» (М.: Новое издательство, 2005). Работа посвящена демографическим переходам от традиционного к современному типу воспроизводства населения. Книга, в частности вопрос о втором демографическом переходе в России, имеет дискуссионный характер.

Таким образом, несмотря на проявление в научных кругах интереса к данной проблеме, пока она изучена не полностью, поскольку специально последствия войны, имевшие широкомасштабный и долгосрочный характер, не рассматривались.

Примечания

[1] См.: История Первой мировой войны. Т. 5. М., 1978. С. 254.

[2] Там же. С. 282.

[3] См.: *Волков И.М.* Трудовой подвиг советского крестьянства в послевоенные годы. М., 1972. С. 19.

[4] См.: *Зима В.Ф.* Голод в СССР 1946–1947 годов. М., 1996. С. 168.

Глава I

ИСТОЧНИКИ ИССЛЕДОВАНИЯ

1
Общая характеристика источников

В настоящее время появились новые возможности для изучени демографической истории населения послевоенного периода Достаточно широко открыт сегодня доступ в архивы.

Одним из основных источников для исследования являют ся документы, отражающие текущий учет населения. В них со держится богатый и доселе мало использованный материал п рождаемости, смертности, брачности, разводимости различны возрастных когорт населения как по России в целом, так и в ее ре гионах. В послевоенные годы текущий учет населения велся дос конально. Следует назвать прежде всего документы учета в заг сах демографических событий – рождений, смертей, браков, раз водов. Материалы санитарно-медицинской статистики практически впервые открытые для исследования, содержат дан ные о характере заболеваемости населения, о структуре и причи нах смертности, в том числе младенческой, в разных региона России. Это позволило рассмотреть географию и масштаб рас пространения различных болезней в Российской Федерации, по ставить вопрос о причинах тех или иных изменений в состояни здоровья послевоенных поколений, которые существенно повли яли на численность и жизненный потенциал их потомства.

В работе также используются статистические ежегодник «Народное хозяйство РСФСР» и справочное издание Комитет по статистике РФ «Население России за 100 лет. 1897–1997 (М., 1999). Здесь содержатся ценные статистические сведени общего характера о рождаемости, смертности, брачности россий

ского населения. Следует отметить, что в этих изданиях основное внимание уделено данным по стране в целом, регионы же представлены неполно.

Для исследования данной темы исключительную ценность представляют Всесоюзные переписи населения 1939 и 1959 гг.

Материалы этих переписей частично опубликованы (см.: Всесоюзная перепись населения 1939 года: Основные итоги. М., 1992; Всесоюзная перепись населения 1939 года: Основные итоги. Россия. СПб., 1999; Итоги Всесоюзной переписи населения 1959 года: РСФСР. М., 1963). Фонды переписей хранятся в Российском государственном архиве экономики.

Два момента представляются важными, когда речь идет об использовании переписей как источников: оценка достоверности их итогов и сопоставимость их данных. С историей подготовки и проведения переписи 1939 г., оценкой достоверности ее итогов можно ознакомиться в монографиях и статьях автора (см., например, вступительную статью к изданию переписи 1939 г.).

2
История подготовки и проведения Всесоюзной переписи населения 1959 г.

Необходимость проведения очередной Всесоюзной переписи населения в 1950-е годы была связана с тем, что за время Второй мировой войны и в послевоенный период произошли огромные изменения в численности и составе населения на территории СССР. Война была сопряжена с многомиллионными людскими потерями, особенно среди мужского населения, с нарушениями в возрастно-половой структуре, семейно-брачных отношениях и других демографических показателях. В послевоенное время подросло поколение, изменившее возрастно-половую пирамиду, показатели рождаемости, смертности, продолжительности жизни населения и др. Новые границы СССР привели к значительным переменам в составе населения страны, прежде всего национальном.

Все это должно было найти подробное отражение в материалах Всесоюзной переписи населения. Итоги переписи были необходимы для разработки планов и мероприятий по выполнению заданий на последние годы шестой пятилетки и для составления плана хозяйственного и социального развития страны на седьмое пятилетие.

Вопрос о необходимости проведения очередной переписи населения был поставлен впервые на коллегии ЦСУ СССР 2 августа 1956 г. На коллегии обсуждались сроки проведения переписи, первоначально намеченные на декабрь 1958 г.

В течение 1956 и 1957 гг. на заседаниях коллегии ЦСУ СССР, а также на Совещании начальников статистических управлений союзных республик, созванном в ЦСУ СССР в сентябре 1956 г., вопрос о подготовке к переписи обсуждался постоянно. В ноябре 1956 г. ЦСУ СССР подготовило проект постановления о проведении переписи.

2 февраля 1957 г. было принято Постановление Совета Министров СССР «О Всесоюзной переписи населения», за ним последовало основное Постановление Совета Министров СССР № 480 от 5 мая 1958 г. «О Всесоюзной переписи населения 1959 года», где был определен срок ее проведения, утверждены переписной лист, инструкция о порядке проведения переписи и заполнения переписного листа, контрольный бланк и справка о прохождении переписи. Этому постановлению предшествовал Всесоюзный съезд статистиков (1957 г.), состоявшийся по предложению Центрального статистического управления, стремившегося возродить практику подготовки переписи 1926 г.

В работе по подготовке документов переписи 1959 г. и в их обсуждении были задействованы известные статистики: В.Н. Старовский, П.Г. Подъячих, Л.М. Володарский, А.Я. Боярский, Н.Я. Воробьев, И.Ю. Писарев и другие.

В 1930-е годы подготовка к переписям 1937 и 1939 гг. так широко не обсуждалась. Съезд статистиков в 1957 г. проходил в Большом Кремлевском дворце, где собралось 800 человек – работники статистики и плановых органов, научных учреждений, учебных заведений. Широко привлекались ученые-специалисты разных профилей. На съезде была обсуждена программа переписи, внесены предложения по ее совершенствованию, по формулировкам отдельных вопросов переписного листа и т. д.

Проект программы и план разработки материалов Всесоюзной переписи населения 1959 г., а также проект словаря национальностей и языков были разосланы для обсуждения местным статуправлениям. Разработка основных документов переписи проходила на основе широкой гласности.

Организация и проведение переписи вменялись в обязанность ЦСУ СССР и его органам в республиках, краях, областях, округах, городах и районах. Для непосредственного выполнения

работы по подготовке и проведению переписи были созданы следующие органы: Управление по проведению Всесоюзной переписи населения при центральном аппарате ЦСУ СССР, соответствующие отделы в статистических управлениях союзных республик, а также секторы в статистических управлениях краев, областей, АССР и крупных городов. В районах и городах работу по подготовке и проведению переписи осуществляли районные и городские инспекторы ЦСУ СССР вместе с помощниками.

На территории каждого района и города на период переписи утверждались переписные отделы, те делились на инструкторские участки, а они, в свою очередь, на счетные участки.

Для работы в качестве счетчиков и инструкторов-контролеров привлекали учителей школ, преподавательский персонал и учащихся высших учебных заведений и техникумов, служащих предприятий и учреждений и других квалифицированных лиц на условиях дополнительной оплаты (помимо заработка, сохраняемого по месту работы).

Весь задействованный в переписи счетный персонал был обеспечен средствами передвижения и правом на бесплатный проезд на всех видах транспорта. Выделены были специальные помещения для хранения материалов, оборудованные телефонной, почтовой, телеграфной связью.

Советы министров союзных и автономных республик, краевые, областные, городские и районные комитеты Советов депутатов трудящихся должны были произвести к 1 января 1958 г. уточнение перечня городских поселений, упорядочение нумерации кварталов, домовладений, названий улиц городов и городских поселений, а также планов городских поселений и крупных сел и подготовить карты районов.

Большое внимание было уделено подготовке кадров, которым предстояло опрашивать население, – счетчиков, инструкторов, заведующих переписными отделами и их помощников. Организованы были специальные курсы, проводились групповые занятия по вопросам переписи. Знания обучаемых проверялись. Особенно активизировалась работа по подготовке кадров с весны 1958 г.

Среди населения была развернута массово-разъяснительная работа по предстоящей переписи. Проводились лекции, беседы о значении переписи, об истории советских переписей и т. д. В вузах теме переписи населения посвящались семинары, в школах проходили беседы. На экранах кинотеатров демонстрировались

кинофильмы о переписи. Использовались световая реклама и плакаты, были изданы специальные почтовые открытки и марки, организовывались выставки. К массовой разъяснительной работе были привлечены профсоюзные и комсомольские организации, которые создавали комиссии содействия, коллективы агитаторов и «беседчиков».

Было принято специальное обращение к населению с призывом обязательно и своевременно пройти перепись. Коллегией ЦСУ всем статуправлениям было разослано письмо с календарным планом мероприятий по проведению массово-разъяснительной работы в связи с Всесоюзной переписью населения 1959 г., а также тезисы докладов и бесед по вопросам переписи. В газетах «Правда», «Труд», «Известия», «Советская Россия» в мае 1958 г. были опубликованы подготовленные Управлением передовые статьи о переписи. «Правда» и «Известия» опубликовали Постановление Совета Министров СССР и переписной лист, в журнале «Агитатор» (№ 12, 1958 г.) была помещена статья «Всесоюзная перепись населения», в газете «Сельское хозяйство» (за 29 июня) – статья «О чем расскажут переписные листы», были сданы в печать плакаты и альбомы наглядных пособий, посвященные теме переписи.

В качестве пособия по агитации и проведению бесед были отпечатаны на национальных языках три брошюры (общий тираж 700 тыс. экз.), два специальных выпуска «Блокнота агитатора» (тираж 1753 тыс. экз.), пять видов красочных плакатов (тираж свыше 1300 тыс. экз., в том числе 300 тыс. экз. с надписями на национальных языках). В виде плаката были изданы переписной лист и инструкция по его заполнению.

Для руководящих работников переписи систематически издавался специальный журнал «Информационное письмо», который рассылался на места.

Было сделано все, чтобы добиться как можно более полного учета населения. Однако вся эта подготовительная работа производилась в спокойной и деловой обстановке, в отличие от ситуации вокруг подготовки к переписям 1930-х годов, а главное, не были объявлены заранее результаты о «выдающихся сдвигах» в воспроизводстве населения в условиях социализма. В брошюрах и статьях в периодической печати говорилось о том, что перепись должна показать изменения, происшедшие в характеристиках населения за двадцатилетие, и представить материал для прогнозирования дальнейшего развития страны. Прогноз по воспроизвод-

ству населения был сделан, и, по его данным, в стране проживало 207–208 млн человек; продолжала существовать и идея о том, что социализм обеспечивает постоянный рост населения, в доказательство приводились высказывания Н.С. Хрущева, что чем больше людей, тем мощнее страна. Однако этот прогноз не навязывался статистикам, подчеркивался его примерный, ориентировочный характер, и от переписи ждали объективных результатов.

Для проверки правильности проекта программы, сложившегося в результате гласного и широкого обсуждения, а также организационного плана проведения переписи, форм и других документов в 1957 г. была осуществлена выборочная перепись населения по некоторым районам страны (сохранились ее материалы по Болотниковскому району Новосибирской области и Невскому району Ленинграда, обработанные машинно-счетными станциями).

На основе этой переписи в ЦСУ СССР были уточнены и переданы на утверждение в Совет Министров СССР проекты переписного листа, инструкции и другие документы, устанавливающие порядок и сроки переписи.

На заседаниях коллегии ЦСУ, совещаниях и съезде были приняты многие важные решения по вопросам переписи. Тщательно был обсужден вопрос о дате ее проведения. Первоначально, как уже говорилось, она планировалась на декабрь 1958 г., но в ходе неоднократных обсуждений была перенесена на январь 1959 г. Учтены были факторы и демографического, и экономико-социального порядка. Прежде всего было удобнее учесть новорожденных на начало года, легче было выстраивать пирамиду возрастного состава населения, а населению – называть количество возрастных лет. С экономической точки зрения, перепись давала срез данных по завершению прошедшего года, эти итоги были необходимы для составления текущего годового плана и плана семилетки (1959–1965 гг.). Имел здесь значение и фактор сопоставимости данных, полученных в ходе переписи 1959 г., с итогами переписи 1939 г., которая также проходила в начале года (в январе), и с данными текущего учета населения. Кроме того, в начале года, как правило, уменьшается миграционная подвижность населения, что облегчало организацию переписи.

Дата переписи была назначена на 15 января 1959 г. Подсчет населения производился на 12 часов ночи с 14 на 15 января (со среды на четверг).

Перепись учитывала наличное и постоянное население по отдельным населенным пунктам, сельсоветам, районам, областям, краям, республикам и Союзу ССР в целом, а также содержала характеристики состава населения по возрасту, национальности, родному языку, семейному состоянию, образовательному уровню, обучению, общественным группам, занятиям и месту работы.

Перепись охватывала всех находящихся на территории СССР советских граждан и иностранных подданных. Советские граждане, выехавшие за границу для отдыха или в служебную командировку, переписывались по месту постоянного жительства как временно отсутствующие. Советские граждане, работавшие в дипломатических и торговых представительствах СССР, переписывались последними как временно проживающее население, а по месту их постоянного жительства в СССР – как временно отсутствующие.

Иностранные подданные, работавшие в дипломатических и торговых представительствах иностранных государств на территории СССР, переписывались Министерством иностранных дел СССР в порядке, установленном ЦСУ СССР по согласованию с министерством.

Перепись населения в районах Крайнего Севера и других труднодоступных районах (ряд районов Коми АССР, Карельской АССР (населенные пункты на озерах), часть районов Бурятской АССР, Приморского края, Читинской, Томской, Магаданской, Камчатской областей, Тувинской автономной области (мелкие населенные пункты в верховьях рек, землянки, пастбища), некоторые районы Туркменской и Узбекской ССР и т. д.), связь с которыми в период общей переписи (в январе) была затруднена, проводилась до начала общей переписи. Продолжительность и порядок переписи в этих районах устанавливались для каждого района отдельно с учетом местных условий.

Перепись в частях Советской Армии и Флота, пограничной и внутренней охраны и в местах заключения производилась в сроки и в порядке, установленном ЦСУ СССР по согласованию с соответствующими ведомствами. Переписанные таким образом лица включались в население страны, республик и регионов.

Население, находившееся в поездах и автобусах дальнего следования, на морских судах, вокзалах, аэропортах и пристанях, переписывалось в ночь с 14 на 15 января.

Перепись больных в больницах и клиниках, отдыхающих в санаториях и домах отдыха, матерей и детей, находившихся в ро-

дильных домах, в домах матери и ребенка, детей в домах ребенка, в яслях санаторного типа, в детских домах, а также лиц, находившихся в домах инвалидов и в домах для престарелых, производилась администрацией этих учреждений в сроки и в порядке, установленном ЦСУ СССР.

Специально разработанный порядок проведения общей переписи предусматривал предварительный обход всех помещений в течение четырех дней до дня переписи. Обход осуществлял счетчик, который окончательно выверял списки всех помещений, где проживало население. Счетчик предупреждал население о предстоящей переписи и устанавливал, кого из проживающих трудно застать дома и в какое время их удобнее будет переписать.

Был разъяснен порядок отнесения отдельных лиц к категориям постоянного и наличного населения. К постоянному населению были отнесены лица, проживавшие на территории данного городского, поселкового и сельского совета более 6 месяцев, и та часть населения из проживавшего менее 6 месяцев, которая была связана с постоянной работой (службой) или учебой, а также лица, которые не могли указать иного, более постоянного места жительства. К временно отсутствующим из постоянного населения следовало относить лиц, которые временно, на срок до 6 месяцев, выехали с места постоянного жительства в командировку, на каникулы, в отпуск, на отдых, к родственникам и знакомым, на производственную практику, на временную или сезонную работу. Постоянное население, находившееся на момент переписи в месте своего постоянного жительства, плюс временно проживающие составляли *наличное население*.

Население, находившееся на момент переписи в месте своего постоянного жительства, плюс временно отсутствующие составляли *постоянное население*.

Таким образом, население, проживавшее вне места своего жительства, записывалось в переписные листы дважды – один раз по месту временного проживания на день переписи (как временно проживающие) и другой раз – по месту постоянного жительства (как временно отсутствующие).

При опросе у респондентов не требовали документы, переписной лист заполнялся со слов опрашиваемого.

При обсуждении программы переписи вносились предложения о проведении в рамках общей переписи семейной переписи и переписи жилищного фонда. Семейную перепись проводить

не стали, а перепись жилищного фонда была осуществлена позднее, 1 января 1960 г.

Перепись проводилась специально подготовленными лицами – счетчиками. Они были обязаны обойти все без исключения помещения, как жилые, так и помещения предприятий, организаций и учреждений, где живет или может жить население.

Запись ответов в переписные листы производилась счетчиками на основе *личного* опроса населения, за исключением детей, тяжелобольных и временно отсутствующих. Только при невозможности до последнего дня переписи лично опросить кого-либо счетчик мог внести в переписные листы проверенные сведения о нем со слов членов семьи, членов сельсовета, правления колхоза. Сведения об одиноких людях и семьях, отсутствующих в полном составе, записывались со слов соседей, работников домоуправлений, членов сельсовета, правления колхоза.

Запись населения в переписные листы производилась посемейно, причем отдельный переписной лист составлялся на каждую квартиру, каждый одноквартирный дом, хату, избу, дачу, сторожку и строение, а в общежитиях – на каждую комнату.

Всем лицам, переписанным как временно проживающим, а также находившимся в поездах дальнего следования, на вокзалах, в портах, на пристанях, счетчик выдавал справку о прохождении переписи. Справки выдавали и тем лицам, которые на момент переписи, т. е. с 15 января по 1 февраля, предполагали выехать в другое место. Справки сохранялись до 20 февраля.

Предварительный обход счетчиками жилых помещений своих участков был проведен в период с 11 по 14 января 1959 г.

Перепись проводилась с 8 часов утра 15 февраля и продолжалась в городах и селах в течение 8 дней, т. е. по 22 февраля 1959 г. включительно.

В течение 10 дней (с 23 января по 1 февраля) инструкторы-контролеры совместно со счетчиками, а в сельских местностях – и с уполномоченными сельских советов проводили сплошной контрольный обход всех помещений и проверяли правильность учета населения. При этом инструктор должен был выяснить у всех лиц, приехавших после 14 января, их местонахождение на момент переписи и внести в переписные листы всех лиц, пропущенных счетчиками. В случае обнаружения лиц, не имевших справки о прохождении переписи по месту временного проживания, их вносили в контрольные бланки и выдавали им соответствующие справки. Контрольный бланк содержал все вопросы пе-

реписного листа и подробный адрес места, где данное лицо находилось на день переписи. В дальнейшем путем сопоставления переписных листов с контрольными бланками выяснялось, было ли переписано лицо, вписанное в контрольный бланк. В первом случае контрольный бланк уничтожался (погашался), а во втором – данные контрольного бланка переносились в переписной лист.

Данные переписи подлежали использованию исключительно для подведения итогов переписи по установленной программе. Работники переписи не имели права сообщать кому-либо содержание ответов, записанных в переписном листе.

Необходимо отметить, что при подготовке и проведении переписи 1959 г. широко был использован опыт переписи 1939 г. Использовалась, в частности, практика применявшихся тогда предварительного и сплошного контрольных обходов. Выдавались справки о прохождении переписи. Но были и новые моменты. Так, детальнее, чем в 1939 г., был разработан бланк контрольного обхода с учетом населения по нему.

Рассмотрим в таблице более подробно общие моменты и различия в плане организации переписей 1959 и 1939 гг., они важны при сопоставлении итоговых данных этих переписей.

Всесоюзные переписи населения	1939 г.	1959 г.
Время проведения	Январь (в будние дни)	Январь (в будние дни)
Сроки проведения	Разные сроки для города и села: в городах – 7 дней (17–23 янв.), в селе – 10 дней (17–26 янв.)	Срок для города и села – 8 дней (15–22 янв.)
На Крайнем Севере и в труднодоступных районах	После основной переписи, а именно с 25 июня по 30 декабря	До срока общей переписи в зависимости от того, когда будет возможна связь с этими районами, не 8 дней, а больше, и без контрольных обходов
Перепись в поездах, самолетах, на пароходах, на пристанях	Предусматривался весь перечень	Добавлено: в автобусах дальнего следования, в аэропортах

Окончание табл.

Всесоюзные переписи населения	1939 г.	1959 г.
Временно проживающие	Счетчик отмечал помещения с временно проживающими	Счетчик составлял предварительный список временно проживающих
Выдача справок	Выдавалась временно проживающим, а также переписанным в пути	Дополнительно к этому – всем, кто в срок переписи и контрольных обходов, т. е. с 15 января по 1 февраля, предполагал выехать в другое место хотя бы на 1 день*
Нагрузка на счетчика	В городе – 70 чел., в селе – 62–63 чел. в день	В городе – 70 чел., в селе – 65 чел. в день
Сообщение о предварительных итогах	29 марта	22 марта
Окончание обработки итогов	1-я очередь – ноябрь 1939 г.; 2-я очередь – май 1940 г.; 3-я очередь – июнь 1940 г.	1-я очередь – октябрь 1959 г. 2-я очередь – февраль 1960 г. 3-я очередь – июнь 1960 г.
Уголовная ответственность за уклонение от переписи	Предусмотрена	Не предусмотрена
Численность счетчиков и инструкторов	Более 450 тыс. чел.	Более 600 тыс. чел.**

* В 1959 г. больше внимания уделялось справкам для временно проживающих во избежание двойного счета.

** В 1937 г. численность счетчиков и инструкторов составляла около миллиона.

Переписной лист 1959 г. базировался на переписном листе 1939 г., но был существенно доработан. В 1959 г. переписной лист включал в себя 15 вопросов и выглядел следующим образом.

Центральное статистическое управление при Совете Министров СССР
Всесоюзная перепись населения 1959 года

Утвержден Постановлением Совета Министров СССР от 5 мая 1958 г. № 480

№ переписного отдела	№ инструкторского участка	№ счетного участка	№ квартала	№ сводной ведомости по домовладению или по населенному месту

ПЕРЕПИСНОЙ ЛИСТ №

Данные, записанные в переписные листы, подлежат использованию исключительно для целей разработки итогов переписи населения по установленной программе. Работникам переписи запрещается сообщать кому бы то ни было содержание ответов, записанных в переписные листы.

Республика _____
Край, область, округ _____
Район _____

Адрес в городских поселениях
Название городского поселения
Городской район
Улица, переулок, площадь
№ дома _____ № квартиры _____

Адрес в сельских местностях
Сельсовет _____Название населенного пункта (села, деревни, аула, кишлака, хутора и т. д.)
Улица _____ № дома _____
_____ Переулок
_____ фамилия домовладельца

Фамилия
_____ № _____ № _____

Имя, отчество

1	Отношение к главе семьи (жена, муж, сын, дочь, мать, сестра, племянник и т. п.)	
2	Для постоянно здесь проживающего, но временно отсутствующего записать «временно отсутствует» и указать, сколько времени отсутствует	

3	Для временно проживающего указать: а) место постоянного жительства б) сколько времени отсутствует в месте постоянного жительства	
4	Пол (мужской, женский)	
5	Сколько исполнилось лет, для детей моложе года – месяцев	лет_____, месяцев_____, лет_____, месяцев_____
6	Состоит ли в браке в настоящее время	
7	Национальность	
8	Родной язык	
9	Гражданин какого государства	
10	Образование: высшее, незаконченное высшее, среднее специальное, среднее общее, семилетнее, начальное. Для лиц 9 лет и старше, не имеющих начального образования, указать: читает и пишет, или только читает на каком-либо языке, или вовсе неграмотен	
11	Для учащегося указать полное название учебного заведения (института, техникума, школы, училища, курсов), в котором учится	
12	Место работы (название предприятия, колхоза, учреждения) или работает в своем хозяйстве	
13	Занятие по этому месту работы (должность или выполняемая работа)	
14	Если не имеет занятия, являющегося источником дохода, указать другой источник средств существования	
15	К какой общественной группе принадлежит (рабочий, служащий, колхозник, кооперированный кустарь, крестьянин-единоличник, некооперированный кустарь, лицо свободной профессии, служитель культа)	

Сохранились два предварительных варианта переписного листа 1959 г., близких по содержанию, а также утвержденный переписной лист. Сопоставим эти документы между собой и с переписным листом 1939 г. (уделив внимание тем вопросам, которые претерпели какие-либо изменения). Первым был вопрос *об отношении к главе семьи.* В утвержденном варианте по сравнению с предварительными полнее представлен перечень лиц, имеющих отношение к главе семьи: муж, жена, сын, дочь, мать, сестра, племянник. В предварительных вариантах дочь не упомянута. По сравнению с 1939-м в 1959 г. назван муж, который в 1930-е годы в переписном листе не упоминался. Значит, в 1939 г. исключалась возможность того факта, что главой семьи могла быть жена. Женщина могла быть главой семьи, как правило, в неполных семьях, где мужа не было (умер, семья распалась, не существовал вовсе). В 1950-е годы статистика фиксирует как распространенную часто встречающуюся ситуацию, когда жена при наличии мужа является главой семьи.

Вопрос 2, *о постоянно проживающих респондентах*: в обоих предварительных вариантах предполагалось в случае временного отсутствия респондента не только указать, сколько времени он отсутствует, но и назвать причину отсутствия. В утвержденном переписном листе вопрос о причинах отсутствия снят.

По формулировкам названных вопросов при обсуждении переписного листа 1959 г. развернулась дискуссия. Ряд крупных ученых (акад. В.С. Немчинов, акад. С.Г. Струмилин, чл.-кор. РАН Т.С. Хачатуров, чл.-кор. РАН А.И. Пашков, проф. И.Ю. Писарев, проф. В.В. Покшишевский и др.) предложили включить вопросы о длительности проживания и о месте рождения респондентов, полагая, что это позволит полнее учесть миграционные процессы. П.Г. Подъячих в выступлении на съезде статистиков возражал против постановки этих подвопросов, потому что, по его мнению, переселения в дореволюционной и довоенной России коренным образом отличались от переселений в 1950-е годы. В 1897 и 1926 гг. процесс переселения происходил совершенно стихийно, а в СССР после Великой Отечественной войны – организованно, в плановом порядке, о чем можно судить по данным *официальной* статистики механического движения населения и на основе данных баланса трудовых ресурсов. Кроме того, вопрос о месте рождения не характеризовал все миграционные потоки, так как в промежуток времени от даты рождения до последнего места проживания респондент мог поменять несколь-

ко раз место своего жительства. Ученые с аргументацией Подъячих не согласились и апеллировали в Совет Министров СССР. Однако в утвержденный переписной лист эти вопросы не были включены, и аргументация Подъячих была признана убедительной. Кроме того, вопрос о длительности проживания действительно мог вызвать раздражение у респондентов.

Членам Переписной комиссии при Научно-методологическом совете (НМС) ЦСУ СССР и группе ученых удалось настоять на том, чтобы опрос населения не начинался с вопроса о том, кто ночевал в данном помещении на критическую дату переписи, т. е. в ночь с 14 на 15 января, так как этот момент был признан нетактичным. Вопрос все же оставили, но задавали его в процессе беседы, а не сначала.

Вопрос 5 – *о возрасте*. В 1939 г. он звучал так: «Сколько минуло от роду лет, для детей моложе года – месяцев?» В 1959 г. этот вопрос был отредактирован: «Сколько исполнилось лет».

Вопрос 6 – *о браке* – формулировался в 1939 г. несколько иначе: состоит ли в браке, а в ответ предполагались да или нет. В той же формулировке этот вопрос присутствовал в первом варианте переписного листа. Однако комиссия НМС предложила расширить этот вопрос, приблизив его формулировку к формулировке переписного листа 1926 г.: семейное состояние. Предполагался и подробный ответ: состоит в браке, в браке не состоял, вдов, разведен. Собранная в этом случае информация дала бы более полное представление о семейном состоянии респондента и о процессе воспроизводства населения. Но это предложение было отклонено ЦСУ, поскольку усложняло работу по обработке данных переписи.

Формулировка этого вопроса все же была несколько дополнена в окончательном варианте переписного листа так, чтобы не упоминать о распавшихся семьях. По инструкции, учитывались браки как зарегистрированные, так и незарегистрированные и отмечалось также «вдовец», «вдова». Выделение категории вдовых было актуальным в послевоенное время.

Формулировка вопроса 10, *об образовании*, существенно отличалась от формулировки в переписи 1939 г. В 1939 г. стоял вопрос о грамотности. В 1959 г. этот вопрос был перемещен в подвопрос. Сохранение его было связано с последствиями войны: на оккупированной территории в прифронтовых районах одни школы были разрушены, а другие не работали, дети же школьного возраста часто вынуждены были оставлять учебу и идти рабо-

тать. Вопрос об образовании в 1959 г. был сильно расширен. В предварительных вариантах переписного листа указывалось высшее, среднее и семилетнее образование, а в утвержденном этот вопрос представлен более подробно: высшее, незаконченное высшее, среднее специальное, среднее общее, семилетнее, начальное образование. В 1939 г. фиксировался лишь факт окончания средней или высшей школы.

Вопрос 11 – *об учащихся* – в предварительных вариантах переписного листа 1959 г. и в переписном листе 1939 г. включал два подвопроса: полное название учебного заведения и на каком курсе или в каком классе учится респондент. В предварительных вариантах переписного листа 1959 г. стоял вопрос о названии учебного заведения для закончивших учебу.

В утвержденном же переписном листе был поставлен вопрос о полном названии учебного заведения, но без указания факультета и только для учащихся, а не для окончивших учебное заведение. Вопрос о работе по специальности введен не был, поскольку мог дать ложную информацию, так как респондент, не работавший по специальности, часто скрывал этот факт; тот же, кто работал по полученной специальности, мог не захотеть назвать свою должность, которая нередко не соответствовала наименованию специальности в дипломе. Не стали вводить и вопрос, в каком классе учится школьник, так как информация об образовании и без того была обширной.

Формулировки вопросов 12–14, *о месте работы, занятии по этому месту работы и источнике средств существования,* были изменены. По сравнению с 1939 г. перечень мест работы – предприятие, колхоз, учреждение – был дополнен фразой «в своем хозяйстве». Это дополнение отмечено и в предварительных вариантах, и в утвержденном переписном листе, но в одном из предварительных вариантов оно звучало по-другому: «в домашнем хозяйстве». Формулировка была уточнена, поскольку в советской статистике было принято лиц, занятых в домашнем хозяйстве, относить к иждивенцам. Под работающим в своем хозяйстве подразумевался единоличник или кустарь.

Вопрос о занятии был в 1939 г. совмещен с вопросом об источнике средств существования, а в 1959 г. он был в результате дискуссий на съезде статистиков выделен в отдельный вопрос. Ему придавалось особое значение, так как собранная информация должна была отражать изменения в характере труда (труд умственный или физический). В предварительных вариантах пе-

переписного листа 1959 г. в пояснении к вопросу о занятии требовалось указать должность и место работы, а в утвержденном варианте плюс к этому – выполняемую работу, что позволяло собрать более точную информацию. Предполагалось, что на этот вопрос будут отвечать лица, занятые в общественном производстве.

Вопрос 14 – *об источнике средств существования* – предназначался для выяснения источника дохода у лиц, не занятых в народном (общественном) хозяйстве.

Вопрос 15 – *о принадлежности к общественной группе* – включал перечень общественных групп, где во всех вариантах переписного листа 1959 г. и в утвержденном листе отсутствовала категория «нетрудящиеся элементы», которая указывалась в переписном листе 1939 г.

Как видно из сопоставительного анализа переписных листов, в основу переписного листа 1959 г. был положен переписной лист 1939 г., но с существенными дополнениями и поправками.

Сопоставим теперь инструкции переписей 1939 и 1959 гг. Инструкция переписи 1959 г. в значительной степени базировалась на инструкции переписи 1939 г. Значительную роль в разработке инструкции 1959 г. сыграл известный статистик Н.Я. Воробьев, который составлял инструкцию к переписи 1939 г. Он входил в самую первую группу по разработке документов переписи 1959 г., основанную еще до Комиссии и Управления. Не останавливаясь на общих моментах инструкций обеих переписей, отметим их различия. По сравнению с 1939 г. в инструкции 1959 г. гораздо больше внимания уделено образованию (в том числе учтены вечерний и заочный виды образования), а также вопросам семейно-брачного состояния.

В результате и информация по этим вопросам была в 1959 г. собрана более обширная, чем в 1939 г.

Что касается учета численности населения, то были приложены все усилия, чтобы он был произведен во время переписи с наибольшей точностью. Однако лихорадочной погони за учетом каждого человека, как в 1939 г., не было.

Национальность согласно инструкции называлась по самоопределению, а детей – по указанию родителей. В случае затруднений национальность записывалась по национальности матери, расширен был перечень национальностей. Собирались сведения по 94 национальностям. По инструкции, по вопросу о месте работы требовалось выяснить не только полное название предприя-

тия, но и род предприятия, название цеха, мастерской и т. д. При названии учреждения записывалось, какого оно значения: областного, республиканского и т. д. Рекомендовалось вместо «единоличник» писать «занятый в сельском хозяйстве». Инструкция предписывала учесть всех работающих у частных лиц, а также сезонных рабочих. По сравнению с проектом инструкции в ее утвержденном варианте не упоминались поденные или случайные работы. Видимо, считались такие занятия нетипичными, а сам вопрос – неприятным для респондента.

При разработке социального состава населения, как правило, комбинировали данные о группах по источнику средств существования с данными об общественных группах.

Обработка результатов переписи 1959 г. происходила достаточно быстро. Вопросы обработки переписных данных и их публикации постоянно обсуждались на коллегиях ЦСУ СССР. Сообщения по обработке данных переписи регулярно передавались в правительство, например итоговые данные по уровню образования, и тут же публиковались. Был подготовлен и обсужден макет сборника, где были представлены итоги переписи по занятиям, общественным группам, источникам средств существования.

Большое внимание уделялось вопросам разделения труда на умственный и физический, квалифицированный и неквалифицированный, принципам определения интеллигенции. На заседаниях Научно-методологического совета регулярно обсуждались эти вопросы.

При обработке данных переписи происходили консультации и обмен опытом со статистиками Польши, Чехословакии, ГДР.

Обработка материалов переписи осуществлялась отделами и секторами по проведению переписи населения статистических управлений республик, краев и областей (преобразованных после переписи в отделы и секторы шифровки), которые производили следующие виды работ:

а) проверка контрольных бланков;

б) нумерация, объединение переписных листов и шифровка переписных листов;

в) отправка зашифрованных материалов на машиносчетную станцию для обработки данных переписи;

г) подведение предварительных итогов переписи по отдельным населенным пунктам, сельсоветам и районам с выделе-

нием наличного и постоянного населения, мужчин и женщин и лиц в возрасте от 18 лет и старше и представление этих итогов в ЦСУ СССР.

Программа обработки данных переписи включала 36 таблиц. Обработка была полностью механизирована, использовалась закупленная за границей новейшая по тому времени счетно-вычислительная техника, в СССР для этой цели были специально сконструированы технические устройства. Обработка производилась централизованно на Центральной машиносчетной станции при ЦСУ СССР (в Москве). На машиносчетной станции происходили первичный подсчет данных переписи, их группировка и составление рабочих таблиц, анализ и контроль переписных материалов в процессе обработки, а также подготовка систематизированных таблиц для публикации.

Предварительные итоги переписи 1959 г. были опубликованы в том же году, а основные – в 1962–1963 гг. в 17 томах.

При проведении переписи были зафиксированы несчастные случаи, от которых погибли восемь счетчиков и инструкторов. В основном это были наезды машинами («убит машиной» – по терминологии отчетов) в глухих местах, где транспорта было мало. Как правило, погибшие везли материалы переписи. Районы гибели были самые различные – Новосибирская область, Кемеровская область, Вологодская область, Азербайджан, Киргизия. Семьям погибших оказывалась материальная помощь, назначались пенсии. Возможно, погибшие работники переписи обнаруживали лиц, уклонявшихся от уголовной ответственности, бежавших из мест заключения и даже бывших военных преступников, находившихся в розыске за свои преступления.

Встречались случаи, когда население скрывалось от переписи. В Туруханском районе, например, целые семьи скрывались от счетчика. То же происходило и в Тувинской автономной области. Как правило, скрывающиеся семьи нигде на учете не состояли. Были случаи уклонения от переписи со стороны старообрядцев.

В принципе перепись прошла со стороны населения в доброжелательной обстановке, люди охотно сообщали сведения о себе, о своей семье, в случае отсутствия соседей – об их семьях.

Всесоюзная перепись 1959 г. собрала материал по широкому спектру демографических характеристик населения. Вся ее программа была полностью выполнена. Данные переписи неоднократно подвергались оценке со стороны ученых, которые при-

знавали, что она сделана добросовестно, отмечали высокую точность учета населения. Действительно, существующие в настоящее время поправки на недоучет населения в переписи 1959 г. составляют 0,1% по СССР и 0,13% по РСФСР. Эта коррекция не противоречит и нашей оценке[1].

Недоучет населения в переписи 1959 г., хотя и столь незначительный, что его можно не принимать во внимание, связан с некоторым недоучетом младенцев в возрасте до двух лет в районах Средней Азии, Закавказья, а также на территории Сибири, Дальнего Востока, Северного Кавказа, в Поволжье, где по традиции, существующей у некоторых народов, было принято скрывать от «чужого глаза» маленьких детей, особенно новорожденных. Кстати, эта причина недоучета существовала и во всех предшествовавших переписях. Кроме того, у тюркских народов встречались факты сокрытия многоженства: как правило, укрывали от переписи вторых жен, а также молодых жен, часто в возрасте от 13 до 16 лет. И многоженство, и вступление в брак до 18 лет преследовались советским законодательством.

При работе с материалами переписи 1959 г. следует иметь в виду, что наблюдались случаи, когда белорусы называли себя поляками (напомним, что национальность записывалась по самоопределению). Это происходило по просьбе польского населения, надеявшегося, что увеличение его численности послужит основанием не закрывать костелы.

Желая предотвратить неверную информацию о своей национальности со стороны опрашиваемого, Управление по переписи, несмотря на принципиальные возражения Научно-методологического совета, внесло дополнение к инструкции, суть которого сводилась к следующему. Счетчик в процессе опроса должен стремиться к тому, чтобы респондент «правильно» назвал свою национальность («правильно» с точки зрения счетчика). Это дополнение нарушало принцип самоопределения национальности, но в ряде случаев оно выполнялось счетчиками.

В данных переписи обращает на себя внимание необычное соотношение полов в молодых возрастах (с 16 до 21 года) в сельской местности: мужчины численно преобладают над женщинами. Е. Андреев и его соавторы высказали небезосновательное предположение, что в сельской местности были переписаны военнослужащие по месту своей срочной службы[2]. Но эта причина, с нашей точки зрения, не единственная. Вероятно, в то время имел место отток молодых мужчин из сел в города без разреше-

ния колхоза, о чем умалчивали их семьи. Этих молодых людей переписывали в селе, где они фактически не проживали.

Нельзя не учитывать и другого, характерного именно для этого периода времени факта: из села уходило в города немалое количество молодых незамужних девушек, избегавших тяжелого физического труда в колхозах и совхозах и устраивавшихся в городах в сферу обслуживания, чаще всего официантками и домашней прислугой. Контроль над отъездом девушек в колхозах и совхозах был гораздо слабее, чем над отъездом мужчин.

В любом случае перепись отразила реальную ситуацию, существовавшую в то время в сельской местности. Процент искажения в соотношении полов оказался незначительным – не более 2% от численности возрастных групп.

Эти поправки не могут поколебать общей оценки высокой точности данных переписи 1959 г., которыми широко и с полным доверием пользуются и в экономике, и в статистике, и в исторической науке, и в других областях.

Как следует из анализа программных документов переписей 1939 и 1959 гг., обе они были проведены по одной и той же методике, их данные вполне сопоставимы. Однако при этом необходимо учитывать коэффициент поправки к общим итогам переписи 1939 г.[3]

Примечания

[1] См.: Население Советского Союза: 1922–1991. М., 1993. С. 62–63; *Андреев Е.М., Дарский Л.Е., Харькова Т.Л.* Демографическая история России: 1927–1959. М., 1998. С. 50.

[2] См.: *Андреев Е.М. и др.* Указ. соч. С. 43.

[3] См.: *Жиромская В.Б.* Демографическая история России в 1930-е годы: Взгляд в неизвестное. М., 2001.

Глава II

ПОСЛЕ ВОЙНЫ: ОТЦЫ И ДЕТИ

1
«Последняя жертва...»

Для решения задач, которые встали перед страной в восстановительный период, требовались огромные материальные и трудовые ресурсы. По словам Сталина, советскому народу предстояло принести «последнюю жертву», т. е. взять на себя тяжелое бремя основных расходов на восстановление страны[1]. На мирные рельсы переводилась лишь часть оборонной промышленности. Средства на военную промышленность сразу по окончании войны были сокращены в два раза (со 150 млрд рублей до 66,3 млрд рублей), но уже в 1948 г. в связи с началом «холодной войны» они были вновь увеличены до 112,3 млрд рублей, а в целом расходы на разработку новых видов вооружения за 1948–1952 гг. возросли почти вдвое[2]. Частичное сокращение расходов на оборону страны дало кратковременную возможность в первые послевоенные годы увеличить вложение бюджетных средств в социально-культурную сферу хозяйства и направить их в сферу производства товаров широкого потребления. В частности, в 1946–1948 гг. была издана серия постановлений правительства, нацеленных на выполнение этой задачи.

Так, в декабре 1946 г. было принято постановление «О развитии легкой промышленности и мероприятиях по ускорению подъема легкой промышленности, производящей предметы широкого потребления». В том же году было издано постановление о развертывании кооперативной торговли, об увеличении производства продовольствия и товаров широкого потребления первой необходимости. В ноябре 1948 г. последовало постановление о расширении торговли между городом и деревней, об увеличении

магазинов и лавок, как промтоварных, так и продовольственных, в том числе в деревне[3].

Предполагалось провести в 1948 г. XIX Всесоюзную партийную конференцию с основным вопросом в повестке дня: о мерах подъема животноводства. Конференция не состоялась, хотя резолюция была подготовлена. В ней планировалось развитие кормовой базы для животноводческих ферм, кредиты для закупок скота. Колхозы, в которых преобладало животноводство, должны были быть освобождены от госпоставок зерновых культур, сена и т. д. На основе этой резолюции был разработан «Трехлетний план развития животноводства». Он отличался от резолюции тем, что был ориентирован не на материальное, а на моральное стимулирование труда (ордена, медали, почетные звания заслуженным животноводам и т. д.). План этот, рассчитанный на 1949–1951 гг., практически не был реализован. Положение дел в сельском хозяйстве после войны долго оставалось плачевным.

К началу 1950-х годов правительство смогло увеличить ежегодные вложения в социально-культурную сферу хозяйства лишь на 6%, а на оборону – на 23%[4]. Значительная часть средств, предназначавшихся для социально-культурной сферы, была направлена на восстановление жилого фонда.

Во многих крупных селах началось строительство жилья. В 1946 г. сельскому населению 22 областей, освобожденных от оккупации, было выдано 107 млн рублей в кредит. В 1947 г. еще 95 тыс. семей в деревне жили в землянках и 217,5 тыс. – на совместной площади, принадлежавшей другим колхозникам, в том числе в Брянской области – 18 тыс., в Орловской – около 5 тыс., в Калужской – 4,5, в Смоленской и Псковской – по 3,5 тыс. семей. В 1947 г. правительство вновь предоставило населению этих областей кредит в 80 млн рублей. Кроме того, было продано 240 тыс. кв. м стекла, строительным бригадам выделено 200 автомашин и 300 прицепов. В 1948 г. колхозникам, проживавшим в землянках, государство предоставило 100 млн рублей в кредит и выдало пиломатериалы, сотни тысяч квадратных метров стекла, большое количество инструментов и т. д. В Московской области уже к началу 1947 г. были восстановлены 40,5 тыс. домов, в Ленинградской – свыше 31 тыс. жилых домов и свыше 19 тыс. хозяйственных построек в колхозах. К началу 1948 г. в Воронежской области было построено и восстановлено более 83 тыс. жилых домов колхозников, 13,5 тыс. животноводческих и хозяйственных построек и более 2 тыс. культурно-бытовых объектов, в Смоленской области за

5 послевоенных лет были построены и восстановлены 140 тыс. жилых домов, 3,2 тыс. культурно-бытовых и административных зданий и т. д. В 1949 г. постепенно началась плановая застройка. Правительство при Академии архитектуры СССР создало первый в стране Научно-исследовательский институт сельского и колхозного строительства, главной задачей которого была разработка проектов планировки, застройки и благоустройства сельских населенных пунктов, вопросов рационального использования местных строительных материалов и др. С помощью проектных институтов в 1945–1949 гг. в сельские районы были направлены свыше 300 тыс. различных типовых проектов жилых домов, 100 тыс. проектов животноводческих построек и схем планировок. К концу 1940-х годов были электрифицированы села Свердловской области, большинства районов Челябинской, Московской, Ленинградской и многих других областей. Многие села были радиофицированы. Началась сплошная радиофикация. Особенно успешно велась эта работа в Московской, Свердловской, Воронежской, Курской, Горьковской, Куйбышевской, Смоленской областях, Краснодарском крае.

Средств на экономические меры по подъему промышленности и сельского хозяйства у правительства тем не менее не хватало.

Судя по данным, опубликованным в экономической литературе, главный источник дохода госбюджета – налог с оборота, составил в 1952 г. 248,6 млрд рублей, а общий доход бюджета в том же году – 496,8 млрд рублей[5]. Это значило, что основные средства, поступавшие в бюджет, взимались тогда с населения в виде прямых и косвенных налогов. В послевоенное время значительно выросли такие прямые налоги, как сельскохозяйственный, подоходный и чисто демографический – на холостяков. Приусадебное хозяйство было обложено налогом двух видов: натуральным и денежным. Натуральный налог включал поставки определенного количества мяса, яиц, молока и шерсти. Если в некоторых хозяйствах не было того или иного вида продуктов, например шерсти или молока, то в этих случаях колхозник вынужден был покупать данную продукцию на рынке, чтобы расплатиться с государством. Большие трудности испытывали крестьяне в выплате денежного налога, особенно в «глубинке», где рынок для реализации продуктов с приусадебного хозяйства был далеко. В ряде областей и регионов колхозникам ничего не платили за трудодень, но и там, где платили, на трудодень приходи-

лось 40 копеек. Половина колхозников получали на трудодень 1 кг зерна, но и эта возможность появилась лишь спустя 5 лет после войны. В 1948–1949 гг. были приняты новые, значительно повышенные нормы выработки на каждый трудодень. С учетом новых норм среднегодовая выработка трудоспособных мужчин увеличилась с 318 до 324 трудодней в 1950 г. Работали в основном в колхозах женщины, которым эти нормы были не под силу. В 1948–1949 гг. трудоспособные мужчины не вырабатывали и 40% общего числа трудодней, а женщины – 46%.

Большую помощь на всех работах и в послевоенные годы оказывали подростки, престарелые колхозники, инвалиды. В 1948–1949 гг. нетрудоспособные и престарелые колхозники выработали около 8%, а подростки примерно 4% общего количества трудодней в колхозах. Правда, удельный вес этой категории в общих затратах труда из года в год снижался: в 1945 г. средняя выработка одним подростком составляла 102 трудодня, а в 1950 г. – только 62. Основная масса их вернулась в школы, работали подростки в колхозном производстве главным образом в летние каникулы. Выполнять эти повышенные нормы выработки на каждый трудодень в таких условиях было очень сложно.

Государство изымало продукцию сельского хозяйства по очень низким заготовительным ценам путем обязательных поставок из колхозов и личных приусадебных участков. Розничная же цена на сельхозпродукты в государственных магазинах была значительно выше заготовительной. Такая политика лишала колхозников доходов в денежной форме. Лишь 30% колхозов от всех колхозов страны имели возможность выплачивать эти 40 копеек на трудодень. К сказанному надо добавить, что производившееся снижение цен в послевоенное время на продовольственные товары намного превосходило снижение цен на промтовары, что также ущемляло доходы крестьянства. Косвенным налогом являлось «добровольное», а на самом деле принудительное распространение среди населения облигаций госзайма. Служащих подписывали на эти облигации зачастую в размере целой месячной зарплаты. В результате по сравнению с 1940 г. общая сумма налогов с населения и госзаймов возросла более чем в 4 раза и долг государства населению по займам составил в начале 1950-х годов 160 млрд рублей[6].

В начале 1950-х годов налоговое обложение крестьянских дворов возросло настолько, что колхозники вынуждены были вырубать у себя на приусадебных участках плодовые деревья

(поскольку каждое дерево облагалось налогом) и забивать в личном подсобном хозяйстве скотину[7]. За период с 1949 по 1952 г. общая сумма налогов с личных подсобных хозяйств выросла с 8645 млн до 9996 млн рублей, т. е. на один крестьянский двор с 419 до 528 рублей[8].

Лишь после смерти Сталина сентябрьский Пленум ЦК КПСС принял решение об освобождении приусадебных хозяйств от мясопоставок и даже предоставил льготы для приобретения личного скота. Задолженности прошлых лет с личного подсобного хозяйства были списаны. Однако все другие налоги оставались в силе вплоть до постановления ЦК КПСС и Совета Министров СССР от 4 июня 1957 г., вступившего в силу с 1 января 1958 г., о полной отмене обязательных поставок подсобными хозяйствами колхозников, рабочих совхозов и горожан сельскохозяйственных продуктов государству[9].

Материальная помощь деревне в послевоенные годы была предельно сокращена. Капитальные вложения в сельское хозяйство за годы войны были в 4,3 раза меньше, чем в предвоенные годы, и колхозы в послевоенное время были сильно ослаблены.

Питание населения в послевоенные годы было более чем скудным. Основу его составляли хлеб и картофель, причем преобладал картофель. По сравнению с 1940 г. потребление картофеля возросло в три раза, что превышало физиологическую норму. Не только крестьяне в деревне страдали от тяжелого материального положения, но и рабочие и служащие городов испытывали большие трудности. По данным ЦСУ СССР за 1946 г., почти 40% рабочих и служащих страны были вынуждены более половины своего фактического месячного заработка тратить на оплату питания по самому необходимому для человека минимуму, т. е. на оплату пайка. Лишь 30% рабочих и служащих получали тогда от 300 до 600 рублей в месяц, а стоимость пайка составляла в среднем от 116 до 136 рублей. При этом 50% рабочих получали зарплату до 100 рублей, а 20% – от 101 до 200 рублей[10].

Голод, начавшийся с засухи 1946 г. и продолжавшийся до 1948 г., еще более ухудшил материальное положение населения страны. Он охватил в РСФСР Астраханскую, Воронежскую, Ростовскую, Грозненскую, Курскую, Вологодскую, Читинскую, Челябинскую, Ярославскую, Кемеровскую, Иркутскую области, Краснодарский и Алтайский края, а также Бурят-Монгольскую и Башкирскую АССР. Засуха и неурожай сократили нормы питания, и без того скудные.

В связи с голодом (конец 1946 – 1947 г.) был введен жесткий контроль за потреблением хлеба в стране. 27 сентября 1946 г. было принято закрытое постановление Совета Министров и ЦК ВКП(б) «Об экономии в расходовании хлеба». Вслед за этим постановлением последовало еще одно: «О дополнительных мерах по экономии в расходовании хлеба и усилении контроля за работой Министерства торговли и его органов»[11]. Этими постановлениями предусматривалось сокращение снабжения зерном населения со стороны государства на 34,5%. Правительство предупреждало о возможности дальнейшего сокращения отпуска зерна. Это значило, что уже в сентябре и октябре, по подсчетам Н.В. Кузнецовой, будет снято со снабжения хлебом 4 млн горожан и 23 млн жителей села.

В соответствии с постановлениями снимались со снабжения все неработающие взрослые иждивенцы, за исключением учащихся и лиц, имеющих маленьких детей. Были урезаны нормы выдачи хлеба всем нетрудоспособным иждивенцам с 300 до 250 г и детям с 400 до 300 г в сутки. Сокращено было число карточек повышенной и особо повышенной нормы хлеба, увеличена доля карточек с минимальной нормой хлеба для рабочих. Эти изменения в снабжении населения хлебом не касались ответработников всех уровней. Кроме этого, был изменен и состав хлеба, увеличена в нем до 40% доля овса, ячменя и других культур.

За выполнением этих постановлений следила особая комиссия при ЦК ВКП(б) – центральная комиссия по проверке работы карточных и контрольно-учетных бюро во главе с Л.З. Мехлисом. Такие же комиссии действовали и в областях, и в городах, и в районах страны. Комиссии были созданы в сентябре 1946 г.

Следует отметить, что в целях экономии хлеба карточки отбирались у лиц, менявших место работы, и в случае утери карточек их не возобновляли (карточки выдавались либо на месяц, либо на декаду); забирали карточки и у тех, кто переезжал на новое место жительства.

Малейшие нарушения в области снабжения хлебом, злоупотребления при оформлении карточек карались законом.

В деревне на государственной системе снабжения хлебом остались учителя, медицинские работники, работники административно-партийного аппарата. Рабочие совхозов были сняты с государственного снабжения хлебом. Одновременно были повышены цены на нормированные продукты, вслед за этим поднялись и рыночные цены.

С помощью этих жестких мер и усиленного контроля правительству удалось обеспечить минимальное хлебоснабжение городов.

В самом тяжелом послевоенном году – 1947-м – правительство осуществило денежную реформу, которая позволила добиться в стране финансовой стабилизации и даже начать политику систематического снижения цен на продовольственные и отчасти промышленные товары первой необходимости. В том же году была отменена и карточная система снабжения. Была установлена единая система розничных цен и открытая форма торговли. В государственных магазинах цены были в три раза ниже, чем в коммерческих. На основные виды продуктов, например на хлеб, цена была ниже на 10%, чем до отмены продовольственных карточек. Однако отмена карточной системы была проведена в условиях голода и дефицита сельскохозяйственных продуктов. Несмотря на низкие нормы снабжения, карточная система обеспечивала хотя бы гарантированный минимум продуктов. В большинстве районов страны карточки отоваривались только на хлеб. Лишь на совсем маленьких детей до 3 лет выдавались иногда масло и крупы, дети же старшего дошкольного и школьного возраста были этого лишены. Масло и молоко можно было купить только на рынке по недоступной для многих спекулятивной цене. Такие же проблемы возникали с мукой. Мяса гражданское население не видело всю войну и первые послевоенные годы! Хлеб имел массу примесей, был мокрым, тяжелым и несытным, но по карточкам люди получали его ежедневно и гарантированно. С отменой же карточек население деревни осталось вообще без хлеба.

После отмены карточной системы даже Москва, куда так же, как и в города, освобожденные от оккупации, свозили продукты из других районов страны, почувствовала резкий дефицит продовольственных продуктов. По признанию председателя исполкома Моссовета Г.М. Попова, приходилось, учитывая ситуацию, «регулировать торговлю без карточек». В этих целях была выработана суточная норма продуктов, отпускаемых «в одни руки»: хлеба – 2 кг, муки – 1 кг, масла животного – 300 г, яиц – 5 штук, сахара – 500 г, сыра – 200 г. Следует учесть также, что эти продукты не всегда присутствовали на прилавке ежедневно в полном наборе. Нормированы были и промтовары: нитки – 2 катушки, чулки – 2 пары, спички – 2 коробки. В магазинах выстраивались длинные очереди. В этих условиях работающие люди, занятые на производстве и в учреждениях, не имели возможности

по нескольку раз становиться в очередь за продуктами, и снабжение их вызывало проблемы.

Лишь к началу 1950-х годов в связи с улучшением снабжения населения необходимость в нормировании отпуска продуктов отпала. Ко второй половине 1950-х годов продовольственное снабжение населения начало налаживаться. В 1957 г. по сравнению с 1940 г. крестьянская семья потребляла в шесть раз больше сахара, в три раза больше рыбных продуктов, в несколько раз больше круп, хотя мяса по-прежнему не хватало. Уровень потребления в семьях рабочих был значительно выше[12]. Но все еще, несмотря на эти достижения, питание населения было недостаточным вследствие резкого отставания зерновой и животноводческой отраслей от потребностей населения. Ряд ученых-аграрников, в том числе и И.Е. Зеленин, полагают, что уже на рубеже 1950–1960-х годов наметился «кризис потребления». Правительству пришлось прибегнуть к закупкам зерна за границей и вновь ввести нормированную продажу продуктов населению: 1 кг крупы, 1 кг зерна, 1 батон белого хлеба в одни руки. Население снова начало страдать от недоедания.

Решение и без того сложной проблемы снабжения населения продуктами в это время тормозилось экономически неоправданными мерами аграрной правительственной политики.

После XX съезда КПСС, т. е. во второй половине 1950-х годов, страна в идеологической, научной и культурной сферах жизни переживала короткий период так называемой оттепели, однако в экономике все еще преобладали диктаторские методы управления, продолжалось разбухание бюрократического аппарата. Разделение сфер управления на промышленную и сельскохозяйственную, приведшее к дублированию форм управления, обернулось для населения новыми затратами на содержание разбухшего бюрократического аппарата. Официальной статистикой чиновничий аппарат села обычно включался в число специалистов, работающих в сельском хозяйстве.

Администрирование и диктаторские методы управления тяжело сказывались на развитии экономики, особенно сельского хозяйства. В декабре 1958 г. на Пленуме ЦК КПСС в отчетном докладе был поставлен вопрос о сокращении приусадебных участков и индивидуального скота в личном хозяйстве. Было предложено в течение ближайших лет купить совхозам скот у своих рабочих[13]. Несмотря на то что личное подсобное хозяйство давало больше валовой продукции мяса и молока, чем колхозы и сов-

хозы, была принята серия указов президиумов Верховных Советов РСФСР и других союзных республик в период с 30 июля по 15 августа 1959 г. о запрещении содержания скота в личной собственности граждан, проживавших в городах и рабочих поселках[14]. Такой указ в РСФСР был принят 12 августа. У рабочих совхозов скот отбирали в течение нескольких месяцев. В результате владельцы скота в пригородах предпочитали забивать скот и продавать мясо на рынках. Города были завалены мясом, которое гнило на прилавках рынков, а порой и прямо на тротуарах городов. Начали скупать скот и у колхозников, хотя такого указа не было. Фактически этот скот отбирали в счет недоимок по мясозаготовкам или в счет выполнения обязательств колхозов по мясозаготовкам.

Таким образом, был нанесен в который раз тяжелый удар по животноводству, что сильно ухудшило структуру питания и городского и сельского населения, сократив потребление необходимых в рационе продуктов, прежде всего молока, мяса, масла.

Курс на экстенсивное развитие зернового хозяйства путем освоения целинных земель дал кратковременный эффект и привел к затруднению в снабжении хлебом городских жителей, понизил качество хлебопекарной продукции. Курс на выращивание кукурузы во всех районах страны без учета климатических условий привел к недостатку таких традиционно зерновых культур, как гречиха, овес, просо и т. д. К началу 1960-х годов сельскохозяйственное производство все больше отставало от потребностей населения. Между тем люди, измотанные физически и морально войной, нуждались в восстановлении своего здоровья. Они проявили огромное чувство сознательности, терпения, ответственности и самоотверженности, мирясь с недостатком продовольственных продуктов в тяжелый послевоенный период ликвидации последствий послевоенной разрухи.

Нельзя сказать, что в аграрной политике тех лет не было ничего положительного: отмена налогов на крестьянское индивидуальное хозяйство, предоставление большей самостоятельности в управлении и планировании колхозам и МТС, начавшаяся паспортизация сельских жителей и другие моменты. Но непродуманность этих реформ, излишняя поспешность в их осуществлении приводили к убыткам и разорению колхозов. Безусловно, положительным моментом было желание укрепить колхозы и совхозы квалифицированными кадрами. В колхозы и совхозы направлялись в этих целях в качестве председателей, агрономов, зоотехников, специалистов сельского хозяйства работники из раз-

личных ведомств и министерств, т. е. из состава чиновнического аппарата (так называемые тридцатитысячники). Эти люди, в своем большинстве привыкшие к кабинетной работе, мало что смыслили в живом деле руководства сельскохозяйственным производством. Многие из них заняли «удобные кресла» в ведомствах сразу после окончания вуза и никогда не имели производственной практики, а следовательно, ничем не могли помочь сельскохозяйственному производству. Как правило, семьи их оставались в городах, куда в скором времени и вернулись, за малым исключением, и сами «тридцатитысячники». Более перспективным было дело с направлением в село выпускников сельскохозяйственных вузов и техникумов, училищ механизаторов. Многие из выпускников учились по целевым направлениям из колхозов и, будучи сельскими жителями, вернулись в колхозы, особенно в МТС, по окончании механизаторских училищ. Удержать выпускников вузов–нецелевиков было сложнее, поскольку для них не было создано каких-либо приемлемых бытовых условий, прежде всего жилья. Труд же, чаще всего неквалифицированный и немеханизированный, мало привлекал выпускников вузов. В лучшем случае они отрабатывали положенные три года и возвращались в города. Таким образом, не удалось существенно изменить профессионально-квалификационную структуру села и помочь аграрным преобразованиям.

Поспешность в реорганизации МТС, рассчитанной на три года, а проведенной за один год, привела к разорению колхозов, вынужденных, не имея достаточных к тому средств, покупать у МТС сельскохозяйственную технику. К тому же была практически уничтожена ремонтная база, начались затруднения в закупках запчастей. Ко всему этому колхозы не были еще готовы, и поспешность, с которой осуществлялись реформы, подрывала экономическую базу колхозов. Введение такого положительного момента, как материальная заинтересованность в повышении производительности труда, оставалось на бумаге. Это усиливало отток молодежи из села в город.

Еще одним следствием аграрных реформ того времени, имевшим негативные демографические последствия, было сселение малых деревень в крупные агрогорода (проведение этой политики пришлось на начало 1960-х годов). Идея была перспективной для развития крупного сельскохозяйственного производства, культурно-бытового обслуживания населения, образовательной системы и пр. Однако страна не была готова к таким пре-

образованиям, прежде всего экономически. Немаловажным был и морально-психологический фактор. Переселение проводилось не на добровольной основе, а под воздействием грубого административного нажима. Выселяясь с обжитых традиционных мест, сельские жители, особенно молодежь, уходили не в укрупненные поселения, а прямо в города, где не было такого самоуправства, как в аграрном секторе хозяйства.

Мощным фактором миграции молодежи из села в город стало ничем экономически не оправданное преобразование колхозов в совхозы, сопровождавшееся ликвидацией личного подсобного хозяйства и переходом колхозников в рабочие с грошовой заработной платой, поскольку в преобразованных хозяйствах продолжали преобладать неквалифицированные и немеханизированные виды тяжелого ручного труда, малопривлекательного для молодежи.

Массовый отток молодежи из села был вполне осознанным, а не стихийным протестом против тех новых, ничем, кроме ошибок правительства в аграрной политике, не оправданных жертв, которых снова требовали от населения во имя достижения высоких идеалов. Между тем самосознание людей неизмеримо выросло, курс на всеобщее среднее образование этому способствовал, воспитаны были школой стремление к интересной работе, желание проявить свои способности и применить полученные знания в высококвалифицированных видах творческого труда. Уходя в город, молодежь соглашалась на любую работу, поскольку существовали реальные перспективы дальнейшего обучения и овладения квалифицированной профессией, позволявшей повысить социальный статус. По подсчетам И.Е. Зеленина, в первой половине 1960-х годов из колхозов выбыло 7 млн крестьян, из которых 6 млн – молодежь от 17 до 29 лет[15].

В послевоенные годы население России вновь испытало на себе тяжелый удар репрессивной политики. На рубеже 1940–1950-х годов была развернута идеологическая кампания против космополитизма и космополитов, которая была сопряжена с гонениями на творческую интеллигенцию. В начале 1950-х годов было сфабриковано так называемое дело врачей, по которому медработники подвергались репрессиям.

Немалый вред экономике нанесли борьба в деревне со «злостными нарушителями дисциплины, с паразитическими элементами» и выселение их из сел на длительные сроки. Эта практика проводилась сначала на Украине, а затем была узаконена

указом Президиума Верховного Совета СССР от 2 июня 1948 г. в масштабах всей страны. Такая практика была не нова, она была заимствована из опыта 1930-х годов и связана с раскулачиванием. Теперь, в 1950-е годы, кулаков уже не было в деревне, и выселялись нетрудовые элементы в места новостроек, освоения новых земель и т. д.

Еще одна волна репрессий была следствием действия указов Президиума Верховного Совета СССР 1947 г. «Об уголовной ответственности за хищения государственного и общественного имущества» и «Об усилении охраны личной собственности граждан», которые предусматривали увеличение низшего предела наказания за воровство до 5–7 лет. При этом указ 1940 г. о мелких кражах, допускавший наказание сроком 1 год лишения свободы, перестал применяться. Ужесточение наказаний за воровство ударило прежде всего по людям, оказавшимся в тяжелом материальном положении в результате голода.

Нельзя сказать, чтобы политика тех лет не вызывала возражений и раздражения у населения. Но так велико было чувство гордости за победу в войне и ответственности за достижение великой цели – возрождение из послевоенной разрухи своей страны, что послевоенное поколение все это выдержало и вынесло на своих плечах.

Итак, в этой экономически и политически тяжелой ситуации усилиями поколений, выигравших войну, мирная жизнь страны была восстановлена. И не только восстановлена – был заложен фундамент для дальнейшего развития промышленности, прогресса науки и техники. Все это потребовало от людей нового гигантского напряжения сил, что не могло негативным образом не сказаться на демографической ситуации того времени: на продолжительности жизни, состоянии здоровья, темпах воспроизводства населения, семейно-брачных отношениях.

2
Демографические последствия людских потерь: возрастнополовой состав населения и брачность

Военные потери и тяготы послевоенного времени привели к деформации возрастнополовой структуры населения: уменьшилась численность и доля в населении лиц, родившихся в 1920–1924 гг., составлявших в годы войны основные призывные возраста.

Если взять для сопоставления перепись населения 1937 г., где наиболее подробно для предвоенного времени представлена возрастная структура населения, то, по ее данным, лица 15–19 лет составляли 8,2% в составе населения. Важно отметить, что их доля была одинаковой в городском и сельском населении. Через 20 лет по переписи 1959 г. доля этих лиц резко меняется. Теперь это группа 35–39 лет, и ее удельный вес в населении упал до 5,5%, в то время как сопредельная с ними группа 30–34 лет превышает эту долю почти в два раза, ее удельный вес составляет 9,4%. Лица от 20 до 24 лет в 1937 г. составляли 9% от всего населения, а через 20 лет их осталось 5,3%. Удельный вес 25–29-летних соответственно уменьшился с 9,6 до 6%; 30–34-летних – почти с 8 до 5,1%; наконец, 35–39-летних – с 6,6 до 4%, а 40–44-летних (это последняя группа призывного возраста, им в 1959 г. 60–64 года) – с 4,8 до 3%. Естественная смертность, особенно в условиях развивающегося демографического перехода с его устойчивой тенденцией к снижению смертности во всех возрастах, не могла привести к такому снижению численности за относительно небольшой период молодых и средневозрастных групп.

Интересно, что в переписи 1979 г. удельный вес этих групп несколько возрастает или не меняется, хотя их абсолютная численность продолжает снижаться. Например, удельный вес групп 55–59 и 60–64 лет возрастает на 0,1 и 0,7% соответственно, 65–69-летних – с 2,3 до 4%, а 70–74-летних – с 1,2 до 1,9% по сравнению с 1959 г.

Это объясняется и старением общества, и увеличением продолжительности жизни, но главным образом – снижением рождаемости и уменьшением в населении доли детских и юношеских возрастных групп. К примеру, дети от 0 до 4 лет составляли в 1959 г. 11,4%, а в 1979 г. – 7,7%[16].

Особенно сильно пострадали мужчины в возрастных группах, чья молодость пришлась на годы войны. Численность мужчин 1920–1924 гг. рождения в 1939 г. составляла в России 4 млн 685 тыс. человек. В 1949 г. их осталось почти в два раза меньше – 2 млн 719 тыс., а к 1959 г. эта возрастная группа потеряла еще 155 тыс. человек, прежде всего из-за последствий фронтовых ранений, ущерба здоровью, нанесенного войной. Возрастная когорта мужчин 1915–1919 гг. рождения в 1939 г. насчитывала 4 млн 221 тыс. человек, а в 1949 г. – лишь 2 млн 514 тыс. К 1959 г. их число сократилось в силу тех же самых причин еще на 177 тыс.[17]

Из данных переписи 1959 г. видно, что удельный вес 30–34-летних мужчин (1925–1929 гг. рождения, т. е. непризывного возраста в годы войны) в возрастной структуре мужского населения составляет 10,1%, а у женщин – 9,3%. Далее соответственно: 35–39-летних (1920–1924 гг. рождения) – 4,7 и 6,1%; 40–44-летних (1915–1919 гг. рождения) – 4,5 и 5,9%; 45–49-летних (1910–1914 гг. рождения) – 5,1 и 6,9%, 50–54-летних (1905–1909 гг. рождения) – 4,1 и 5,8%.

У мужчин ясно виден «возрастной провал». У женщин он тоже наблюдается, но менее резкий. Численность женщин 35–39 лет (1920–1924 гг. рождения) в 1939 г. составляла 4 млн 923 тыс. человек, в 1949 г. их насчитывалось почти на 700 тыс. меньше, а к 1959 г. они потеряли еще 200 тыс. Женщины 40–44 лет (1915–1919 гг. рождения) в 1939 г. насчитывали 4 млн 782 тыс., за время войны к 1949 г. их численность сократилась до 3 млн 944 тыс., а к 1959 г. они потеряли еще 169 тыс. человек.

Естественно, что к 1979 г. разница в удельном весе мужчин и женщин проступает еще более ярко. Любопытно и другое наблюдение: резко падает удельный вес мужчин в возрастной структуре мужского населения в 1937 г. после 55 лет, а у женщин – после 60. Если мы возьмем такую же возрастную группу в 1959 г., то получим ту же картину, т. е. сокращение доли мужчин среди мужского населения происходит в 1959 г. так же, как и в 1937 г., а должно было по логике демографического развития, в частности вследствие увеличения продолжительности жизни, проявиться позднее, в более старших возрастах. Например: в 1937 г. мужчин 60–64 лет в структуре мужского населения 2,6%, а в 1959 г. соответствующая группа составляет 2,2%.

В результате потерь мужского населения было нарушено соотношение полов в населении России. В РСФСР в 1946 г. мужчины составляли 43,6%, в 1950 г. – 43,3%, а в 1951 г. – 43,4%[18]. Даже здесь видна тенденция к убыли мужского населения, прежде всего в связи с преждевременной смертностью от ранений, контузий, нервно-психического напряжения.

В конце 1950 – начале 1960-х годов все еще давала себя знать диспропорция полов[19]: удельный вес мужчин в населении составлял 44,7, а женщин – 55,3%. О значительных нарушениях в соотношении полов говорят и абсолютные данные. Женщин было больше, чем мужчин в населении России, на 12,7 млн человек. В городском населении диспропорция полов была выражена слабее, чем в деревне. Так, в городах РСФСР мужчин было 45, а в селах – 44,3%.

По окончании войны соотношение полов внутри возрастных групп выглядело следующим образом:

в возрастных группах 40–44 лет (1914–1918 гг. рождения) на 100 женщин приходилось 61,6 мужчины-ровесника и 70,2 мужчины на 5 лет старше;

35–39 лет (1919–1923 гг. рождения) – соответственно 62,6 и 59,6;

30–34 года (1924–1928 гг. рождения) – 83,5 и 40,9[20].

Наибольшее нарушение в соотношении полов в пользу женщин наблюдалось в сельской местности: в группе 40–44 лет мужчин было всего 35,6%. Даже в городах в той же возрастной группе мужчины составляли только 40%.

Мы рассмотрели возрастные когорты, принявшие непосредственное участие в войне. Но и поколения, рожденные во время войны, и те, чье детство и отрочество пришлись на военные годы, также имели пониженную численность в возрастной структуре населения.

Дети 1941–1945 гг. рождения на начало 1946 г. составляли: мальчики – 3 млн 450 тыс., девочки – 3 млн 375 тыс.;

1946–1950 гг. рождения на начало 1951 г.: мальчики – 5 млн 951 тыс., девочки – 5 млн 752 тыс.;

1951–1955 гг. рождения в 1956 г. соответственно: 6 млн 699 тыс. и 6 млн 457 тыс.

Впоследствии численность первых двух из вышеназванных возрастных групп убывала, и довольно заметно. В итоге к началу 1956 г. детей 1941–1945 гг. рождения убыло более чем на 0,5 млн, а 1946–1950 гг. рождения – почти на 450 тыс.

Детей довоенных лет рождения – 1936–1940 гг. – перед войной насчитывалось 14 млн 848 тыс., и их убыль к концу войны составила 1 млн 870 тыс., или 12%. На начало войны им было 0–4 года. Их убыль объяснялась высокой смертностью в годы войны.

Пострадали дети 1931–1935 гг. рождения, которым на начало войны было 5–9 лет. Их было в 1941 г. 10 млн 487 тыс., а на начало 1946 г. их убыль составила 428 тыс., или 4,0%. Разумеется, здесь потери меньше, чем у младенцев: дети были старше, крепче и более адаптированы, не столь зависимы от жизни и присутствия родителей. Однако потери и здесь велики от голода, бомбежек, болезней, фашистского геноцида на оккупированной территории.

Понесли потери и подростки 1926–1930 гг. рождения, которым на начало войны было 10–14 лет. Их было в 1941 г. 13 млн 450 тыс. Они потеряли 734 тыс. человек. При этом мужчины пострадали больше – среди них погиб каждый десятый. Основная причина – тяжелый труд подростков в годы войны и в

промышленности, и в сельском хозяйстве, высокие показатели травматизма, часто со смертельным исходом, и заболеваемости. Только в Москве за первые военные годы от травм погибли более 15 тыс. подростков. Следует учесть, что подростки часто принимали активное участие в боевых действиях, особенно в партизанских отрядах, подполье, отрядах противовоздушной обороны, на строительстве оборонительных сооружений в прифронтовой полосе.

К 1959 г. численность детей 1940–1949 гг. рождения убыла на миллион жизней. Прежде всего сказалось их слабое здоровье, врожденная слабость, наличие с первых лет жизни хронических болезней, недостаток здоровья родителей. На все это наложились тяготы послевоенного времени, особенно голод 1947 г.

Дети, родившиеся в военное время и сразу после войны (в 1941–1949 гг.), в 1959 г. составляли в возрастной структуре населения Российской Федерации: подростки 10–15 лет – 7,9%, а молодые люди 16–19 лет – 6,9%.

Процент родившихся в голодные годы начала 30-х годов (25–29 лет в 1959 г.) равнялся 9. Невысок был удельный вес и лиц, чье рождение пришлось на предвоенные годы (1935–1940), – 9,8%, так как на их долю выпало тяжелое военное детство[21] (см. табл. 1).

Таблица 1

Возрастнополовой состав населения РСФСР в 1959 г. (%)

Возраст (лет)	Мужчины	Женщины	Всего
0–9	25,0	19,4	21,9
10–19	16,8	13,3	14,9
20–24	11,1	8,9	9,8
25–29	10,0	8,2	9,0
30–34	9,7	9,3	9,5
35–39	4,7	6,1	5,5
40–44	4,5	5,9	5,2
45–49	5,1	6,9	6,1
50–54	4,1	5,8	5,1
55–59	2,8	5,0	4,0
60–69	3,8	6,5	5,3
70 и более	2,4	4,7	3,7
Возраст неизвестен	0,0	0,0	0,0
Итого	100,0	100,0	100,0

Итоги Всесоюзной переписи населения 1959 года: РСФСР. М., 1963. С. 62 (подсчеты автора).

Таким образом, мы видим, что людские потери в войне привели к пониженной доле в возрастной структуре населения России самых трудоспособных, детородных, перспективных в демографическом отношении групп. Особенно пострадало мужское население.

Потери населения в годы Великой Отечественной войны повлекли за собой деформацию возрастнополового состава практически всех народов, населявших РСФСР. Видны потери прежде всего в мужских возрастных группах 35–44 лет. Так, среди татар группы 35–39 лет составляли в 1959 г. 4% от всего мужского населения, группы 40–44 лет – 4,3. Для сравнения можно привести удельный вес пограничной группы 30–34 лет – 9,1%. Подобная же возрастная структура наблюдалась и у башкир, народностей Кавказа, якутов и др. У некоторых народов, например у народностей Кавказа, эта возрастная яма охватывает возраст 45–49 лет.

В названных возрастных группах нарушено и соотношение полов. Например: у башкир в возрастной группе 35–39 лет мужчины составляли 37%, а женщины – 63; у татар – соответственно 38 и 62%; у удмуртов – 32 и 68%; у аварцев – 40 и 60%; у лезгин – 41 и 59%; у якутов – 43 и 57%, и т. д. В целом же нарушение соотношения полов у всех этих народов хотя и наблюдается, но не столь резкое, как в этих пострадавших группах.

Особенностью возрастных структур неславянских народов РСФСР является несколько больший удельный вес детей до 9 лет, чем у славян: у удмуртов он составляет 24%; у татар – почти 26%; у народностей Дагестана – 26–28%; у башкир – 29%, а у якутов – даже 30%.

Однако разница не так велика, как это было в 1920–1930 гг. Особенно это касается народов, проживавших в европейской части страны, в том числе относящихся к тюркской и угрофинской группам. Зато у народов, проживавших в Сибири и на Дальнем Востоке, рождаемость сохранялась очень высокой и доля детей до 9 лет была весьма велика.

Выше, чем у славян, у неславянских народов России и удельный вес молодежи в возрастной пирамиде. Порой он достигал более 60%. Однако в ряде случаев, например у удмуртов, процент молодежной группы был несколько ниже и равен 51. У неславянских народов не было и проблемы старения населения, и лица старше 60 лет составляли лишь 8–9%. Правда, у народов Северного Кавказа (осетины, кабардинцы, аварцы) пожилых было несколько больше – 12%, поскольку у них традиционно было больше долгожителей.

В итоге в 1959 г. по своей возрастной структуре население РСФСР продолжало оставаться молодым: молодежь до 30 лет составляла в нем 55%, т. е. больше половины, в связи с тем что оказались ослабленными средние и пожилые возрастные группы. Значительную долю в населении занимали дети от 0 до 9 лет, составляя 21,9%, т. е. больше, чем одну пятую часть. Зато лиц в возрасте от 30 до 49 лет было чуть более 26%, а лиц старше 60 лет оставалось всего лишь 9%.

Была и другая специфика у возрастной пирамиды населения в конце 1950-х годов – это скачкообразный переход от детской к соседствующей с ней подростково-юношеской группе 10–19 лет. Эта последняя группа составляла, как уже говорилось выше, менее 15% от населения РСФСР. Как правило, это дети, родившиеся во время войны или пережившие ее в раннем детстве. Скачок, хотя и менее резкий, наблюдается и при переходе к следующей группе – 20–24 года. На ее долю выпали и детские эпидемии 1930-х годов, и тяготы военного детства. Эта группа составляла менее 10%.

При анализе возрастной структуры российского населения рубежа 1960-х годов отмечается еще одно явление, уже другого плана, которое характеризует качественные изменения возрастной структуры в связи с развитием демографического перехода. Больший удельный вес лиц мужского пола, имеющий место при рождении, в младших возрастных группах сохраняется очень долго – вплоть до 20–24 лет. Это говорит о преодолении повышенной мужской смертности в раннем возрасте, характерной для населения с традиционным типом воспроизводства.

В городе возрастная структура имела некоторую специфику.

На восстановление промышленности в города стекалась молодежь, привлекались трудовые ресурсы из деревни. В города устремились люди самого трудоспособного возраста, прежде всего мужчины. В 1959 г., например, в возрастной группе 25–29 лет на 978 мужчин приходится 1000 женщин, т. е. соотношение полов в пользу женщин нарушено незначительно. То же относится и к группе 20–24 лет. Это люди 1930–1939 гг. рождения, т. е. довоенного времени. Их структура по полу не была так сильно деформирована. Если же рассмотреть группу лиц 35–39 лет, т. е. 1920–1924 гг. рождения, то здесь мы видим серьезные нарушения в составе по полу – 626 мужчин на 1000 женщин. Хотя эта группа также относится к трудоспособному населению и приток лиц этого возраста в города был интенсивен, однако последствия войны проявляются и здесь отчетливо. Даже миграция мужского населения из села в город не мо-

жет их сгладить. Нарушение в соотношении мужчин и женщин наблюдается и в сопредельных возрастных группах 30–34 и 35–39 лет, хотя и не столь резкое: в первом случае 855 мужчин на 1000 женщин, во втором, как мы уже видели, – 626. Впоследствии происходит некоторое выравнивание соотношения полов в группах более старшего возраста, так как они понесли в военные годы не столь значительные потери. Среди 40–44-летних на 1000 женщин приходится 669 мужчин.

В дальнейшем, в 1970 г., соотношение мужчин и женщин среди молодежи все более меняется в пользу мужчин. Сказываются интенсивная миграция в города, по-прежнему с преобладанием мужчин, а также приток молодежи, отправлявшейся в города учиться. В средних возрастных группах, военных и послевоенных лет рождения, выросших в условиях мирного времени, нарушение соотношения полов в пользу женщин хотя и отмечается, но очень сглаженное. Чем старше возраст группы, тем нарушение соотношения в пользу женщин проявляется все более отчетливо. Это сказывается особенно в группе 45–49 лет (1920–1924 гг. рождения). Выравнивания не происходит и в последующих возрастных группах. Безусловно, на соотношение полов оказывает влияние более ранняя мужская смертность, однако резкая диспропорция полов в пользу женщин из-за военных потерь проявилась значительно раньше и выразилась гораздо сильнее, чем могло бы быть при нормальном развитии демографического процесса (см. табл. 2).

Таблица 2

Распределение городского мужского населения РСФСР, 1959–1970 гг. (чел.)

Число мужчин на 1000 женщин					
Возраст (лет)	1959 г.	1970 г.	Возраст (лет)	1959 г.	1970 г.
0–4	1040	1041	45–49	665	605
5–9	1031	1040	50–54	616	627
10–14	1020	1032	55–59	498	582
15–19	966	1009	60–64	487	465
20–24	959	1026	65–69	458	
25–29	978	1011	70–74	387	360
30–34	855	971	75–79	338	
35–39	626	947	80 и старше	276	271
40–44	669	873	*Всего*	814	847

Итоги Всесоюзной переписи населения 1959 года: РСФСР. М., 1963. С. 62–63, 79–85, 98; Итоги Всесоюзной переписи населения 1970 года. М., 1972. Т. 2. С. 18–19.

Распределение городского населения по возрасту также может сказать о многом (см. табл. 3).

Таблица 3

Распределение городского населения РСФСР по возрасту, 1959–1979 гг. (%)

Возраст (лет)	1959 г.	1970 г.	Возраст (лет)	1959 г.	1970 г.
0–4	9,9	6,6	45–49	6,4	5,3
5–9	9,5	8,0	50–54	5,2	4,1
10–14	7,0	8,7	55–59	3,9	5,1
15–19	7,9	10,4	60–64	2,8	4,0
20–24	10,9	9,0	65–69	1,9	2,9
25–29	9,7	6,2	70–74	1,5	1,8
30–34	10,4	9,9	75–79	0,8	1,0
35–39	6,0	7,4	80 и старше	0,6	0,9
40–44	5,6	8,7			

Итоги Всесоюзной переписи населения 1959 года: РСФСР. С. 62–63, 79–85, 98; Итоги Всесоюзной переписи населения 1970 года. Т. 2. С. 18–19.

Быстрый рост городского населения происходил в основном за счет интенсивных миграций молодежи из села. Обратная миграционная волна из города в село была вялой. Даже в тех случаях, когда правительство в прагматических целях пыталось организовать отток городской молодежи в село (печально известный опыт по направлению молодых специалистов в деревню, о чем уже говорилось выше), городская молодежь в кратчайшие сроки вновь возвращалась в города.

В городах в силу большого притока молодежи происходило интенсивное образование семей. Наблюдалось и повышение рождаемости, тем более что военное время отодвигалось все дальше и дефицит мужчин постепенно уходил в прошлое, прежде всего в молодых возрастах. Следует заметить, что «бум» в советской прессе, начатый в середине 1970-х годов «Литературной газетой» по поводу дефицита мужчин, был во многом надуманным. (Речь могла идти лишь о селе, но именно этой темы журналисты и не касались.) Дефицит, чрезвычайно острый в российском населении после войны, в 1970-е годы был уже сглажен, и молодые воз-

раста не были им затронуты. Напомним, что именно 1970-е годы отличались ранней брачностью и ранним деторождением. В условиях же преобладания малодетной семьи в возрастных группах, наиболее пострадавших в годы войны (теперь им 40 лет и более), рождения уже состоялись. Речь могла идти о вступающих во второй брак и уже имеющих 1–2 детей. Дискуссия 70-х годов была вызвана нестабильностью семьи, в основе которой были уже не столько военные потери, сколько имеющий очень сложные демографические, социальные, экономические корни кризис семьи и брака.

Тем не менее последствия военных потерь ощущаются. По данным переписей и 1959 и 1970 гг., отчетливо видно довольно медленное старение городского населения, большой процент в нем молодежи и детей. Так, в 1959 г. дети и подростки в возрасте от 0 до 14 лет составляли в городском населении 26,4%, а в 1970 г. – 23,3%. Конечно, сокращение детско-подростковых групп заметно, что типично для завершающей стадии демографического перехода, однако дети и подростки все еще составляют около четверти городского населения. Молодежь 15–30 лет в 1959 г. составляет 28,5, а в 1970 г. – 25,6%; люди же пожилого возраста – старше 60 лет – соответственно 7,6 и 9,6%. Увеличение пожилых заметно, однако они составляют все еще менее $^1/_{10}$ городского населения. В структуре 1959 г. заметен резкий переход к группе 35–39 лет, ее численность и удельный вес значительно ниже, чем у предшествующей, то же в 1970 г. с группой 45–49 лет. Вновь выделяются пониженной численностью группы 1920–1924 гг. рождения – поколение, бывшее в самом активном призывном возрасте во время войны. Кроме того, пониженной численностью отличаются рожденные в военные годы и в послевоенный период. Это видно на возрастных группах 1940–1944 и 1945–1949 гг. рождения – им в 1959 г. 15–19 и 10–14 лет. Вместо «бэби-бума» мы имеем невысокую численность этих возрастных групп. Свою негативную роль сыграли здесь и голод 1947 г., и туберкулез, и детские инфекции. Соответственно в 1970 г. им 20–24 и 25–29 лет, и их пониженная по сравнению с пограничными группами численность выступает по-прежнему отчетливо. Раны так быстро не заживают. Дети, рожденные в 1950-х годах, отмечены высокой численностью, и даже быстрое снижение рождаемости в этот период не помешало этим поколениям.

Таблица 4

Возрастнополовая структура городского и сельского населения в 1959 г. (%)

Возраст (лет)	Город	Село	Возраст (лет)	Город	Село
0–9	19,4	24,7	45–49	6,4	5,8
10–19	14,9	14,8	50–54	5,2	5,0
20–24	10,9	8,7	55–59	3,9	4,2
25–29	9,7	8,2	60–69	4,8	5,9
30–34	10,4	8,3	70 и более	2,8	4,6
35–39	6,0	4,9	Возраст не указан	0,0	0,0
40–44	5,6	4,9	*Итого*	100,0	100,0

Итоги Всесоюзной переписи населения 1959 года: РСФСР. С. 74–86 (подсчеты автора).

При сравнении демографического состава городского и сельского населения заметна немалая специфика (см. табл. 4). В принципе это свойственно и более ранним десятилетиям XX в. – в селе больше детей и подростков и стариков, чем в городе. Это традиционно связано с сохраняющейся в селе более высокой рождаемостью и с тем, что недавние мигранты в города предпочитали оставлять детей дедушкам и бабушкам, живущим в деревне, и отправляли туда детей, рожденных уже в городе, как только возможно было оставить их без непосредственной материнской заботы. Сами родители были в бытовом плане еще неустроены или недостаточно устроены, кроме того, они считали, что близость к природе, деревенский воздух пойдут на пользу их потомству. Дети оставались там не только в период раннего детства, но, как правило, до подросткового состояния. Тем более что в отличие от сегодняшнего дня села были обеспечены школами, во всяком случае начальными. Если они были удалены, то колхозом выделялся транспорт, хотя бы гужевой. Популярные в художественной литературе и кинематографе сюжеты о детях, ходивших в школы по шесть верст, в жизни встречались нечасто и относились, как правило, к лесничествам и особо удаленным и малонаселенным местам, а иногда к недавним новостройкам и поселкам при них, где первые год-два не было школ. Качество образования в начальных школах не всегда было хуже городского, в селе все еще чувствовалось наследство земских школ, работали квалифицированные учительские кадры с

большим стажем, которые ответственно относились и к обучению детей, и к их воспитанию, и к укреплению их здоровья. «Упадническая» школа сформировалась в селе ближе к 1980-м годам, а в 1990-е годы село зачастую было лишено даже начального образования. Впрочем, и в 1960-е годы проблем с сельской школой хватало, в том числе искусственно созданных. Когда, например, в городскую черту крупного промышленного центра включалась часть области с селами и деревнями, то последние становились городом чисто формально: без связи с собственно городской застройкой, без подключения к городским инфраструктурам. На все это благоустройство требовалось время – порой нескольких лет. При этом имевшаяся сельская школа сразу закрывалась без особых причин. Предполагалось, что дети будут ходить в городские школы. Но при необеспеченности транспортом это было невозможно для малышей из первых-вторых классов. Их родители ставились перед выбором: снять квартиру в городе, что было непросто и недешево, отправить детей к родственникам, живущим вблизи школ, или, что делалось чаще всего, – пропустить в обучении год-другой. Последнее особенно практиковалось по отношению к девочкам – «Чай, в армию не идти!» Между тем перерыв в обучении и позднее начало обучения имеют опасные последствия – потерю интереса к учебе. Школьные программы и методики также рассчитаны на усвоение знаний детьми определенного возраста. Методика преподавания в начальной школе содержит игровые моменты и в значительной степени опирается на «детскую», т. е. моторную, память. Переростки в этих условиях, с одной стороны, скучают и раздражаются от элементов игры, а с другой – плохо усваивают материал. Особенно страдают усвоение навыков грамотности, изучение иностранного языка, математика. Известно, и на уровне социологических исследований доказано, что начавшие учиться с запозданием редко заканчивают полную среднюю школу.

В связи с интенсивной миграцией в селе больше не только детей, но и стариков, а молодежи и лиц среднего возраста меньше, чем в городе. Сравним:

в городе лиц старше 60 лет – 7,6% от всего городского населения, а в селе – 10,5% от всего сельского населения; лиц 20–29 лет в городе – 20,6%, в селе – 16,9%; 30–49 лет – соответственно 28,4 и 23,9%.

Разумеется, «демографические ямы», оставленные войнами, прежде всего Великой Отечественной, и голодом, поразили и

города и села. Однако в селе провал в возрастной пирамиде, оставленный Великой Отечественной войной, глубже, чем в городском населении. В городах его в некоторой степени компенсировала активная миграция, а в селе эта же миграция его, напротив, усугубила. Представители и без того малочисленных возрастных когорт, чья молодость пришлась на военные годы, активно покидали деревню, не возвращались туда после демобилизации, переходили на работу в городские административные и партийные структуры, пополняли рабочих восстанавливающейся промышленности. Те, кто отправлялся в город для получения среднего специального и высшего образования, также не возвращались в село. Преимущество же при направлении на учебу отдавалось фронтовикам. Следом за мужчинами покидали села всеми возможными способами и женщины. В основном отправлялись на работу, учебу, вступали в брак с горожанами и т. д. Правительство и административные структуры, с одной стороны, ограничивая эти переселения, прежде всего через паспортную систему и систему прописки, фактически серьезно с этой миграцией не боролись, так как промышленность, торговля, сфера обслуживания городов остро нуждались в рабочей силе, как квалифицированной, так и неквалифицированной. Многие фильмы и книги посвящены судьбам женщин, ушедших из деревни в домработницы. Но и эта профессия имела огромный спрос на рынке труда. С одной стороны, их трудом пользовались из престижных соображений жены ответработников – сами домохозяйки (но использование «домрабы» было неотъемлемой чертой быта советской элиты), а с другой – домработницы и няньки из деревни восполняли дефицит детских учреждений, высвобождали для работы в промышленности, культуре, науке женщин (да и мужчин тоже), имевших профессию и квалификацию. Следует также учесть, что здоровье большей части населения было ослаблено вследствие войны. Это относилось и к женщинам, и к младенцам. Образ матери, которая вскоре после родов встает к станку, отрываясь лишь для кормления, и чувствует себя при этом полной сил и здоровья, безнадежно ушел в прошлое. Широко известно также, что прибывавшие из деревни девушки и молодые женщины, пополнив сначала прислугу как домашнюю, так и учрежденческую (дворники, уборщицы), затем, как правило, поступали на работу на фабрики, заводы, особенно охотно в торговлю, со временем получали квалификацию.

В итоге возрастная группа 35–39 лет, составлявшая в городском населении России в 1959 г. 6,0%, в деревне равнялась

4,9%; группа 40–44 лет – соответственно 5,6 и 4,9%. Доля пограничных групп и в городе и в селе значительно выше: в городе 30–34-летние составляли 10,4%, в селе – 8,3%; 45–49-летние – соответственно 6,4 и 5,8%.

Обращает на себя внимание еще один момент: в сельском населении заметнее следы голода 1932–1933 гг. В 1959 г. в структуре сельского населения группа 25–29 лет, куда входили лица 1932–1934 гг. рождения, составляла всего 8,2% от всего сельского населения. Сравним: группа 20–24 лет – 28,7%. В городе – соответственно 9,7 и 10,9%. Провал в возрастной пирамиде в городе меньше – смягчен миграцией из села, но никакая миграция не смогла скрыть потери голодных лет, прежде всего из-за чрезвычайно высокой младенческой смертности.

Таким образом, и на городской и на сельской возрастнополовой структуре видны следы перенесенных в военные и голодные годы потерь, при этом традиционно для XX в. видны последствия интенсивной миграции молодежи в города и, наконец, более медленное развитие в селе демографического перехода, что выражается в основном в более высокой рождаемости даже в условиях ярко выраженного послевоенного «дефицита» мужчин.

3
«Эхо» войны: региональная специфика

Региональная специфика находит отражение в соотношении возрастных групп. Процент детей в возрасте от 0 до 4 лет по всем регионам довольно высок и близок к среднему показателю по РСФСР. Несколько ниже он был в районах сосредоточения крупнейших промышленных центров – Северо-Западном и Центральном, по 10,3% от всего населения региона[22]. Рождаемость быстрее понижалась в регионах с наибольшей степенью урбанизации. На Урале, в Западной и Восточной Сибири удельный вес этих возрастов заметно выше – соответственно 12,3, 13,2, 13,7%[23].

Детей и подростков в возрасте от 0 до 14 лет по всем регионам много – возрастная структура, как уже отмечалось, была в начале 1960-х годов еще довольно молода. Процент детских и подростковых возрастных групп в населении заметно ниже среднего по России в Северо-Западном и Центральном районах – 27,1–27,2. На Северном Кавказе этот показатель хотя и ниже республиканского, но уже не столь сильно (27,6%), в Поволжье

(29,1%) приближается к среднероссийскому, а на Урале, в Западной и Восточной Сибири и на Дальнем Востоке превосходит его, достигая соответственно 31,7, 32,4, 33,4 и 33,3% от всего населения указанных районов[24].

Молодежь в возрасте от 15 до 29 лет составляет в большинстве регионов четверть всего населения. При этом в восточных регионах ее удельный вес был значительнее, чем в западных: в Европейской России, как правило, 25–26% от всего населения соответствующего региона, а на Урале, в Сибири, на Дальнем Востоке – зачастую более 28%[25].

Итак, несмотря на совершающийся демографический переход, возрастная структура содержит еще значительное число молодежи и детей: возрастные группы от 0 до 29 лет составляли более 50% населения в Северо-Западном, Центральном, Поволжском, Северо-Кавказском районах и более 60% на Урале, в Западной и Восточной Сибири и на Дальнем Востоке[26]. С точки зрения исторических особенностей демографического перехода в России закономерным является более быстрое его протекание в западных и центральных районах страны. Обращают на себя внимание не особенно значительные, но все же устойчивые региональные различия демографических показателей. Это подтверждает, что и в начале 1960-х годов сохранялась неравномерность протекания демографического перехода в России.

Что касается отмеченных при общей характеристике возрастной структуры российского населения групп с пониженной численностью – 10–14 и 15–19 лет, то это явление наблюдалось по всем регионам. Группа 15–19-летних (военных лет рождения) имела значительно более низкий удельный вес в возрастной структуре по сравнению с граничащей с ней группой 20–24 лет. И это несмотря на то что 20–24-летние родились перед войной в условиях шквала репрессий, пережили тяжелые детские эпидемии второй половины 1930-х годов, на их долю пришлось тяжелое военное детство. Конечно, сказалось и действие закона о запрещении абортов, но оно было краткосрочным и во многом нивелировано указанными причинами. Различие же в удельном весе и численности этих групп ощутимо.

Итак, в Центральном районе 20–24-летних – 9,1% от всего населения, а 15–19-летних – 7,5%; в Поволжье – 9,6 и 8,0; в Северо-Западном районе – 10,4 и 6,7; на Северном Кавказе – 9,9 и 8,1; на Урале – 10,4 и 7,8; в Западной Сибири – 10,3 и 7,6; в Восточной Сибири – 10,7 и 7,9; на Дальнем Востоке – 10,4 и 7,8%[27].

Иными словами, эти данные свидетельствуют, что возраста военных лет рождения отличаются малочисленностью во всех без исключения регионах России. Разумеется, районы, где шли боевые действия, пострадали в этом смысле больше тыловых. Так, наиболее низкий удельный вес этой возрастной группы – ниже среднего по России – фиксируется в Центральном и Северо-Западном районах. Но и в глубоком тылу, где было довольно много мужчин, занятых на военном производстве, мы видим отчетливо «демографическую яму» – результат понижения рождаемости, а в первые годы войны – и повышения смертности, в том числе детей, чьи родители были изнурены тяжелым трудом и постоянным недоеданием. Много детей погибло или подорвало здоровье во время бегства из оккупированных районов. Если бы рождаемость и смертность в тылу, в районах эвакуации, оставались близкими к довоенному уровню, послевоенная реэвакуация смогла бы сгладить «демографическую яму», но этого не произошло, так как война привела к глубинным деформациям демографических процессов на всей территории страны.

Сходная ситуация – пониженные численность и удельный вес – отмечается также по всем районам России и для возрастной группы 10–14 лет, т. е. уже послевоенных лет рождения.

Так, в Центральном районе возрастная группа 10–14 лет составляет 7,1% от всего населения, а граничащая с ней группа 5–9-летних – 9,8%; в Северо-Западном районе – 7,0 и 9,8; на Северном Кавказе – 6,7 и 10,1; в Поволжье – 7,3 и 10,5; на Урале – 7,3 и 11,6; в Западной Сибири – 7,5 и 11,7; в Восточной Сибири – 7,5 и 12,2; на Дальнем Востоке – 8,9 и 12,2%. Таким образом, имеет место заметное снижение численности и удельного веса 10–14-летних, что стало причиной столь резкого перехода от одной группы к другой. И здесь выделяются прежде всего районы Центральный и Северо-Западный, а также Северный Кавказ, где кроме последствий войны и голода 1947 г. сказывалось негативное действие депортаций[28].

Следует также отметить, что в ряде районов – Северный Кавказ, Поволжье, Центральный – ощутимо пострадала группа 25–29 лет. На ее численности сказался голод 1932–1933 гг. В названных районах удельный вес этой группы ниже среднего показателя по РСФСР (соответственно 7,7, 8,5, 8,8% от всего населения района)[29]. И на Урале, и в Западной Сибири удельный вес и численность этой группы также заметно понижены[30]. Если в более благополучном в этом плане Северо-Западном районе удель-

ный вес 25–29-летних поднимается до 10,1%[31], то на Урале и в Западной Сибири он не превышает 9,3%.

На численности и удельном весе лиц среднего возраста (30–49 лет) сказалось влияние военных потерь почти во всех регионах. Прежде всего речь идет о пониженной численности и удельном весе возрастной группы 35–44 лет. В Центральном районе, например, группа 30–34 лет составляет в возрастной структуре 9,4%, 35–39 – 5,7, 40–44 – 5,4, 45–49 – 6,5; на Северном Кавказе соответственно 9,0, 5,0, 5,4, 6,7; в Поволжье – 9,4, 4,8, 5,3, 6,2; на Урале – 9,6, 4,9, 4,9, 5,4; в Западной Сибири – 9,5, 5,3, 4,9, 5,3% и т. д. Таким образом, «возрастная яма» выступает отчетливо. В итоге доля в возрастной структуре регионов России лиц среднего возраста ниже, чем могла бы быть и чем обычно бывает при нормальном течении демографических процессов. Их удельный вес близок к общероссийскому показателю и составляет от 25 до 28% от всего населения соответствующего региона. Однако здесь в отличие от детских и молодежных возрастных групп удельный вес лиц среднего возраста больше в европейской части России, особенно в Северо-Западном районе и Центральном – соответственно 28,1 и 27,0%; в Поволжье и на Северном Кавказе он уже ниже – 25,7 и 26,1%; на Урале же и в Сибири – 24,8–25,0%. Это уже является результатом процесса старения. Иными словами, процесс старения идет на Востоке и Юге России медленнее, чем в центральных и северо-западных районах.

Как и в России в целом, удельный вес мужчин среднего возраста в регионах заметно ниже, чем женщин. Причины этого – и гибель на фронтах, и более ранняя смертность мужчин в пожилом возрасте. Так, по разным регионам удельный вес мужчин среднего возраста колеблется от 23 до 25%, а женщин – 26–29%[32].

Доля пожилых и престарелых людей в возрастном составе населения в регионах так же, как и в центре, невелика. При этом она заметно выше в европейской части страны, где лиц старше 60 лет было 9–10%. Более всего их на Северном Кавказе – 11%, на Урале – 8%, в Западной и Восточной Сибири – 6–7%[33]. Малочисленностью этих возрастных групп отличается Дальний Восток в силу интенсивной миграции в этот район именно молодежи – людей старше 60 лет там всего 4%[34]. Людей же, перешагнувших 70-летний рубеж, – всего 3,7%. В пожилых возрастных группах было значительно меньше мужчин, чем женщин, в связи с большей продолжительностью жизни женщин. Так, удельный вес воз-

растной группы 70 лет и старше среди мужчин всего 2%, а соответствующей группы среди женщин – 4,5%. По регионам несколько больше удельный вес возрастной группы 70 лет и старше, где раньше начался демографический переход, например в Центральном районе – 4,3% населения района. На Северном Кавказе, где традиционно люди живут дольше, – также 4,3%, в Поволжье – уже меньше 4%, на Урале же и в Сибири – 3,0–3,3%. При этом женщин всюду значительно больше – практически во всех регионах удельный вес этой возрастной группы среди женщин вдвое выше, чем среди мужчин. На Северном Кавказе, например, мужчин от всего мужского населения региона – 2,6%, а женщин от всего женского населения региона – 5,3%, на Урале соответственно мужчин – 2,0%, а женщин – 3,9%[35].

Людей в возрасте 100 лет и старше было более всего на Северном Кавказе, традиционном в плане большого числа долгожителей регионе. Их насчитывалось там свыше 3 тыс. человек – 2,5 тыс. женщин и 0,6 тыс. мужчин. Довольно велика эта группа по численности в Центральном районе – 1,9 тыс. человек, а также в Западной Сибири – 1,8 тыс. человек. В остальных регионах долгожителей значительно меньше: в Поволжье и на Урале – по 700 тыс., в Восточной Сибири – 450 тыс., в Северо-Западном районе еще меньше – 417 тыс. Менее всего лиц столь почтенного возраста на Дальнем Востоке – всего 126 тыс. Феномен долгой и сверхдолгой жизни изучен недостаточно, ясно лишь то, что здесь имеет место влияние многих факторов: социальных, экономических, этнических, экологических и пр.

В возрастной пирамиде самыми пострадавшими от людских потерь группами были возрасты 35–39 и 40–44 лет, т. е. те, кому было в 1941 г. 18–27 лет. В этих группах соотношение мужчин и женщин было нарушено гораздо существеннее, чем это следует из общих показателей по всем возрастам. На долю мужчин в этих группах приходилось 38, а на долю женщин – 62%. (Для сравнения – в возрастной группе 30–34 лет мужчин – 45%, а женщин – 55%.)

В дальнейшем в более старших возрастах доля женщин постепенно увеличивается, уже без столь резких скачков, но неуклонно. Это явление свидетельствует о существенной разнице в продолжительности мужской и женской жизней.

Так же, как в целом в РСФСР, в возрастнополовой структуре населения в конце 1950-х годов свойственный при рождении перевес мужчин сохраняется по всем районам значительно доль-

ше, чем, например, в начале века или в 1920-е годы. В Центральном районе, в Поволжье, на Северном Кавказе, в западных областях Северо-Западного района мужчин становится меньше, чем женщин (или же наступает равновесие) в возрастной группе 15–19 лет. В северных областях, на Урале, в Западной и Восточной Сибири, на Дальнем Востоке удельный вес мужчин становится выше, чем женщин соответствующей возрастной группы, с 24, в некоторых случаях – с 29 лет. При том что были достигнуты успехи в преодолении ранней мужской смертности, в районах, где непосредственно проходили боевые действия, ситуация складывалась хуже, чем в тыловых. В частности, сохраняется повышенная смертность мальчиков в возрастных группах военных лет рождения. У детей, родившихся в послевоенный период, несмотря на все переживаемые в то время трудности, эти показатели улучшаются.

В возрастных группах 35–44 лет, т. е. среди лиц основных призывных возрастов во время Великой Отечественной войны, во всех районах, даже тыловых, наблюдается резкое нарушение в соотношении полов в пользу женщин. Так, в Центральном и Северо-Западном районах женщин в этих возрастных группах – 63–64%, в Поволжском районе – 61–62%, на Северном Кавказе и на Урале, в Западной Сибири – 61%, в Восточной Сибири – 57–58%. На Дальнем Востоке наибольший дисбаланс полов наблюдается в возрасте 35–39 лет – 59% женщин[36].

Практически во всех районах сохраняется значительный перевес женщин в старших возрастных группах. Лишь на Дальнем Востоке в возрастных группах от 45 до 54 лет происходит некоторое выравнивание в соотношении полов, затем это соотношение резко нарушается в пользу женщин.

Любопытно распределение по полу в группе долгожителей – женщины преобладают везде, но их доля снижается с запада на восток: если в Северо-Западном районе женщин среди столетних жителей этого района – 88,7%, в Центральном и в Поволжье – по 82,3, на Северном Кавказе – 80,0, на Урале – 79,9, то в Западной Сибири – 74,5, а в Восточной – 68,1%. На Дальнем Востоке доля женщин среди долгожителей вновь несколько увеличивается – 78,5%, но все равно остается меньше, чем в Западном и Центральном районах страны. В показателях соотношения мужчин и женщин среди долгожителей проявляется свойственная населению районов разница в продолжительности и мужской, и женской жизней.

Таблица 5

Возрастная структура населения различных регионов РСФСР в 1959 г. (%)

Возраст (лет)	Север			Северо-Запад		
	мужчины	женщины	оба пола	мужчины	женщины	оба пола
0–4	13,8	11,7	12,7	11,0	8,0	9,3
5–9	12,1	10,3	11,1	10,9	7,9	9,2
10–14	7,0	6,0	6,5	8,4	6,2	7,2
15–19	8,5	6,3	7,4	7,4	5,6	6,4
20–24	13,1	8,4	10,6	11,8	9,2	10,3
25–29	11,9	8,7	10,2	11,3	9,0	10,0
30–34	10,3	9,4	9,8	10,0	9,9	9,9
35–39	5,0	6,6	5,8	5,4	7,5	6,6
40–44	3,9	5,4	4,7	4,9	6,2	5,7
45–49	4,2	6,3	5,3	5,8	7,6	6,8
50–54	3,2	5,2	4,3	4,7	6,4	5,7
55–59	2,3	4,6	3,5	3,0	5,2	4,2
60–64	1,7	3,5	2,6	2,1	3,8	3,1
65–69	1,3	2,9	2,2	1,5	2,9	2,3
70–74	0,9	2,3	1,7	1,0	2,3	1,7
75–79	0,5	1,4	1,0	0,5	1,3	0,9
80–84	0,2	0,7	0,4	0,2	0,6	0,4
85–89	0,1	0,2	0,2	0,1	0,3	0,2
90–94	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1
95–99	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
100 и более	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Возраст не указан	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Все население	100	100	100	100	100	100

РГАЭ. Ф. 1562. Оп. 336. Ч. 2. Д. 1530. Л. 55–60, 67–72 (подсчеты автора).

Продолжение табл. 5

Возраст (лет)	Центр			Поволжье		
	мужчины	женщины	оба пола	мужчины	женщины	оба пола
0–4	12,2	8,9	10,3	13,0	10,0	11,3
5–9	11,5	8,5	9,8	12,0	9,2	10,5
10–14	8,4	6,2	7,1	8,3	6,5	7,3
15–19	8,6	6,7	7,5	9,0	7,2	8,0
20–24	10,3	8,2	9,1	10,7	8,8	9,6
25–29	9,9	8,0	8,8	9,4	7,7	8,5
30–34	9,7	9,1	9,4	9,7	9,1	9,4
35–39	5,0	6,3	5,7	4,2	5,3	4,8
40–44	4,5	6,1	5,4	4,5	5,9	5,3
45–49	5,3	7,4	6,5	5,2	7,0	6,2
50–54	4,4	6,4	5,5	4,3	6,1	5,3
55–59	3,2	5,6	4,6	3,0	5,3	4,2
60–64	2,5	4,2	3,5	2,4	4,0	3,3
65–69	1,9	3,1	2,6	1,6	2,8	2,3
70–74	1,4	2,7	2,1	1,4	2,5	2,0
75–79	0,8	1,5	1,2	0,8	1,5	1,1
80–84	0,3	0,7	0,6	0,4	0,7	0,6
85–89	0,1	0,3	0,2	0,1	0,3	0,2
90–94	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1
95–99	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
100 и более	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Возраст не указан	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Все население	100	100	100	100	100	100

РГАЭ. Ф. 1562. Оп. 336. Ч. 2. Д. 1530. Л. 79–84, 91–96 (подсчеты автора).

Продолжение табл. 5

Возраст (лет)	Северный Кавказ			Урал		
	мужчины	женщины	оба пола	мужчины	женщины	оба пола
0–4	12,3	9,6	10,8	14,3	11,5	12,8
5–9	11,5	9,0	10,1	13,0	10,3	11,6
10–14	7,6	5,9	6,7	8,1	6,6	7,3
15–19	9,0	7,4	8,1	8,6	7,1	7,8
20–24	10,8	9,1	9,9	11,6	9,5	10,4
25–29	8,5	7,0	7,7	10,5	9,1	9,5
30–34	9,2	8,9	9,0	9,8	9,4	9,6
35–39	4,5	5,5	5,0	4,2	5,4	4,9
40–44	4,7	6,1	5,4	4,1	5,5	4,9
45–49	5,8	7,4	6,7	4,5	6,2	5,4
50–54	4,7	6,1	5,4	3,8	5,3	4,6
55–59	3,4	5,5	4,5	2,4	4,4	3,6
60–64	2,8	4,1	3,5	1,8	3,3	2,6
65–69	2,1	3,1	2,7	1,3	2,5	2,0
70–74	1,5	2,4	2,0	1,0	1,9	1,5
75–79	0,9	1,5	1,2	0,6	1,2	0,9
80–84	0,4	0,8	0,6	0,3	0,5	0,4
85–89	0,2	0,4	0,3	0,1	0,2	0,2
90–94	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0
95–99	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0
100 и более	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Возраст не указан	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Все население	100	100	100	100	100	100

РГАЭ. Ф. 1562. Оп. 336. Ч. 2. Д. 1530. Л. 109–114, 121–126 (подсчеты автора).

Продолжение табл. 5

Возраст (лет)	Западная Сибирь			Восточная Сибирь		
	мужчины	женщины	оба пола	мужчины	женщины	оба пола
0–4	14,7	11,9	13,2	14,5	12,9	13,7
5–9	13,0	10,6	11,7	13,0	11,6	12,2
10–14	8,3	6,9	7,5	7,9	7,1	7,5
15–19	8,5	6,8	7,6	8,5	7,3	7,9
20–24	11,5	9,2	10,3	11,7	9,9	10,7
25–29	10,3	8,5	9,3	10,5	9,1	9,7
30–34	9,5	9,6	9,5	9,4	9,2	9,3
35–39	4,6	5,9	5,3	4,9	6,1	5,5
40–44	4,1	5,5	4,9	4,5	5,4	5,0
45–49	4,4	6,1	5,3	4,6	5,4	5,0
50–54	3,4	5,0	4,3	3,3	4,3	3,8
55–59	2,3	4,3	3,4	2,2	3,7	3,0
60–64	1,9	3,1	2,5	1,7	2,6	2,2
65–69	1,4	2,4	1,9	1,3	2,0	1,7
70–74	1,0	1,9	1,5	1,0	1,6	1,3
75–79	0,6	1,2	0,9	0,6	1,0	0,8
80–84	0,3	0,7	0,5	0,3	0,5	0,4
85–89	0,2	0,3	0,3	0,1	0,2	0,2
90–94	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1
95–99	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
100 и более	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Возраст не указан	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Все население	100	100	100	100	100	100

РГАЭ. Ф. 1562. Оп. 336. Ч. 2. Д. 1530. Л. 139–144, 151–156 (подсчеты автора).

Окончание табл. 5

Возраст (лет)	Дальний Восток			Возраст (лет)	Дальний Восток		
	мужчины	женщины	оба пола		мужчины	женщины	оба пола
0–4	12,7	11,7	12,2	65–69	0,8	1,3	1,0
5–9	12,7	11,7	12,2	70–74	0,6	1,1	0,8
10–14	9,2	8,4	8,9	75–79	0,3	0,6	0,4
15–19	8,8	7,8	8,3	80–84	0,1	0,3	0,2
20–24	11,8	9,8	10,8	85–89	0,1	0,1	0,1
25–29	9,5	9,1	9,3	90–94	0,0	0,0	0,0
30–34	9,3	10,1	9,7	95–99	0,0	0,0	0,0
35–39	5,2	7,1	6,2	100 и	0,0	0,0	0,0
40–44	5,7	6,0	5,9	более			
45–49	5,9	5,8	5,8	Возраст	0,0	0,0	0,0
50–54	3,7	4,1	3,9	не указан			
55–59	2,2	3,0	2,6	Все насе-	100	100	100
60–64	1,4	2,0	1,7	ление			

РГАЭ. Ф. 1562. Оп. 336. Ч. 2. Д. 1530. Л. 163–168, 175–182 (подсчеты автора).

Таблица 6

Соотношение полов в населении различных регионов РСФСР в 1959 г.

Возраст (лет)	Север		Северо-Запад		Центр	
	мужчины	женщины	мужчины	женщины	мужчины	женщины
0–4	50,8	49,2	53,7	46,3	50,9	49,1
5–9	50,6	49,4	50,9	49,1	50,8	49,2
10–14	50,6	49,4	50,6	49,4	50,7	49,3
15–19	54,0	46,0	49,8	50,2	49,0	51,0
20–24	57,3	42,3	49,0	51,0	49,0	51,0
25–29	54,5	45,5	48,6	51,4	48,5	51,5
30–34	49,0	51,0	43,2	56,8	45,6	55,4
35–39	39,9	60,1	35,0	65,0	37,3	62,7
40–44	39,0	61,0	37,2	62,8	36,0	64,0
45–49	37,0	63,0	36,6	63,4	35,0	65,0
50–54	34,8	65,2	35,8	64,2	34,3	65,7
55–59	30,1	69,9	30,5	69,5	30,0	70,0
60–64	29,6	70,4	29,3	70,7	31,3	68,7

Продолжение табл. 6

Возраст (лет)	Север		Северо-Запад		Центр	
	мужчины	женщины	мужчины	женщины	мужчины	женщины
65–69	28,6	71,4	27,9	72,1	31,0	69,0
70–74	26,1	73,9	24,3	75,7	28,8	71,2
75–79	23,5	76,5	22,5	77,5	27,5	72,5
80–84	22,1	77,9	20,0	80,0	25,4	74,6
85–89	19,0	81,0	19,3	80,7	22,9	77,1
90–94	17,0	83,0	16,8	83,2	18,7	81,3
95–99	13,3	86,7	14,9	85,1	18,9	81,1
100 и более	7,4	92,6	11,8	88,2	17,7	82,3
Возраст не указан	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Все население	46,7	53,3	43,0	57,0	43,1	56,9

РГАЭ. Ф. 1562. Оп. 336. Ч. 2. Д. 1530. Л. 55–60, 67–72, 79–84, 91–96, 100–114, 121–126 (подсчеты автора).

Продолжение табл. 6

Возраст (лет)	Поволжье		Северный Кавказ		Урал	
	мужчины	женщины	мужчины	женщины	мужчины	женщины
0–4	51,0	49,0	51,1	48,9	50,8	49,2
5–9	50,9	49,1	50,9	49,1	50,7	49,3
10–14	50,7	49,3	51,1	48,9	50,5	49,5
15–19	49,8	50,2	49,5	50,5	50,0	50,0
20–24	49,8	50,2	49,1	50,9	50,3	49,7
25–29	49,5	50,5	49,5	50,5	47,8	52,2
30–34	46,0	54,0	45,6	54,4	46,2	53,8
35–39	38,9	61,1	39,8	60,2	39,3	60,7
40–44	37,8	62,2	38,6	61,4	38,6	61,4
45–49	37,3	62,7	39,0	61,0	37,9	62,1
50–54	36,1	63,9	38,7	61,3	36,7	63,3
55–59	31,2	68,8	32,3	66,7	30,7	69,3
60–64	32,6	67,4	35,0	65,0	31,2	68,8
65–69	32,0	68,0	35,4	64,6	30,3	69,7
70–74	30,5	69,5	33,1	66,9	29,4	70,6
75–79	28,9	71,1	33,8	66,2	29,0	71,0

Продолжение табл. 6

Возраст (лет)	Поволжье		Северный Кавказ		Урал	
	мужчины	женщины	мужчины	женщины	мужчины	женщины
80–84	27,5	72,5	29,2	70,8	29,2	70,8
85–89	24,9	75,1	27,4	72,6	28,0	72,0
90–94	20,7	79,3	21,8	78,2	24,2	75,8
95–99	18,6	81,4	22,4	77,6	22,4	77,6
100 и более	17,7	82,3	20,0	80,0	20,2	79,8
Возраст не указан	49,8	50,2	44,4	55,6	0,0	0,0
Все население	44,4	55,6	44,8	55,2	45,3	54,7

РГАЭ. Ф. 1562. Оп. 336. Ч. 2. Д. 1530. Л. 97–102, 109–114, 121–126 (подсчеты автора).

Продолжение табл. 6

Возраст (лет)	Западная Сибирь		Восточная Сибирь		Дальний Восток	
	мужчины	женщины	мужчины	женщины	мужчины	женщины
0–4	50,9	49,1	51,1	48,9	50,9	49,1
5–9	50,7	49,3	50,8	49,2	50,8	49,2
10–14	50,6	49,4	50,9	49,1	51,0	49,0
15–19	51,2	48,6	51,8	48,2	52,0	48,0
20–24	51,4	48,6	52,3	47,7	53,4	46,6
25–29	50,4	49,6	51,8	48,2	49,9	50,1
30–34	45,4	54,6	48,6	51,4	46,4	53,4
35–39	39,3	60,7	42,5	57,5	41,3	58,7
40–44	39,0	61,0	43,6	56,4	47,6	52,4
45–49	38,1	61,9	43,8	56,2	49,5	50,5
50–54	36,5	63,5	41,9	58,1	46,3	53,7
55–59	38,3	69,3	35,6	64,4	41,1	58,9
60–64	33,7	66,3	38,4	61,6	41,9	58,1
65–69	32,9	67,1	37,4	62,6	37,8	62,2
70–74	31,2	68,8	35,7	64,3	34,8	65,2
75–79	30,2	69,8	34,9	65,1	33,4	66,6
80–84	29,6	70,4	33,8	66,2	31,1	68,8

Окончание табл. 6

Возраст (лет)	Западная Сибирь		Восточная Сибирь		Дальний Восток	
	мужчины	женщины	мужчины	женщины	мужчины	женщины
85–89	28,6	71,4	32,8	67,2	29,6	70,6
90–94	26,0	74,0	31,3	68,7	25,5	74,5
95–99	26,2	73,8	30,9	69,1	23,7	76,3
100 и более	25,9	74,1	31,9	68,1	21,4	78,6
Возраст не указан	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Все население	45,8	54,2	48,1	51,9	48,9	51,1

РГАЭ. Ф. 1562. Оп. 336. Ч. 2. Д. 1530. Л. 139–144, 151–156, 163–168, 175–182 (подсчеты автора).

Как видно из данных табл. 5 и 6, особенности возрастнополовой структуры разных регионов и этносов не сглаживают, а, напротив, подтверждают наличие глубоких «демографических ям», являвшихся следствием многомиллионных людских потерь и, в свою очередь, порождавших долгосрочное «эхо» войны.

Соотношение оформленных в течение года браков и разводов говорит о серьезных изменениях в уровне брачности даже за небольшой срок.

Война оказала дестабилизирующее влияние на брак. Послевоенная диспропорция полов способствовала этому. После окончания войны наблюдается рост разводов – на 1000 зарегистрированных браков в РСФСР было зафиксировано разводов: в 1946 г. – 7,9, в 1947 г. – 17,5, в 1948 г. – 25,8, в 1949 г. – 34,2, в 1950 г. – 40,7, в 1955 г. – 68,3. Увеличение показателя отчасти объяснялось оформлением совершившихся фактически еще до войны разводов в связи с вступлением в действие нового законодательства о браке и семье 1944 г., а также вступлением в брак мужчин с более молодыми по возрасту женщинами. Об этом свидетельствовало повышение разводов в средних возрастных группах (30–39 лет), особенно у мужчин с продолжительностью брака от 5 до 20 лет, и сокращение разводов с брачным стажем до 1 года и от 1 года до 4 лет. Соответственно росло число разведен-

ных женщин в средних возрастах, так как в послевоенных условиях им было трудно выйти замуж повторно. Однако в 1950-е годы, когда в брачный возраст вступили поколения 1930–1939 гг. рождения, ситуация изменилась в сторону увеличения расторжения браков продолжительностью от 1 до 6 лет. Причем более половины расторгнувших брак находились в возрасте 25–39 лет[37].

Последствия военных лет сказались на характере повторных браков. Анализ их динамики показал увеличение активности со стороны мужчин. Об этом свидетельствовали данные всесоюзного социально-демографического обследования 1985 г. В СССР в 1950–1954 гг. на 1000 разошедшихся или овдовевших мужчин через пять лет приходилось вступивших в повторный брак 552, женщин – 146; через десять: мужчин – 673, женщин – 219; в 1955–1959 гг. – соответственно 544 и 159, 653 и 234. Возникшая ситуация оказала влияние на рост продолжительности жизни в браке у мужчин и сокращение этого показателя у женщин. Это явление, хотя и в меньшей степени, было связано с последствиями войны. В то же время изучение материалов Всесоюзной переписи населения 1959 г. по РСФСР выявило преобладание женатых мужчин во всех возрастных группах. Они были членами полных семей, причем в большинстве случаев – главами семей. Женщины, особенно в возрасте 50 лет и старше, наоборот, являлись одиночками или членами неполных семей. Тем не менее повторные браки в целом поддерживали высокий показатель брачности населения после завершения войны, давали возможность создать новую семью.

Потери членов семьи в военные годы сказались на сокращении ее размеров. По данным переписи населения 1959 г., в РСФСР средний размер семьи (совместно проживающие члены семьи) составлял 3,6 человек (в 1939 г. – 4,1), в городах – 3,5 (в 1939 г. – 3,6), в сельской местности – 3,8 человек (в 1939 г. – 4,3). Средний размер семьи в СССР – 3,7 человек (в 1939 г. – 4,1), в городе – 3,5 (в 1939 г. – 3,6), в сельской местности – 3,9 человек (в 1939 г. – 4,3)[38]. Таким образом, если городская семья осталась практически стабильной, то сельская семья существенно уменьшилась. Средний размер ее в РСФСР превышал размер городской семьи в 1939 г. на 18,8%, а в 1959 г. – на 9,9%.

Изучение статистического материала переписей населения 1939 и 1959 гг. показало процесс увеличения в России к концу 1950-х годов малочисленных семей (2–3 человека) и сокращение семей, состоящих из 4–5, 6 и более человек[39]. В то же время это

явление объяснялось не только последствиями войны, но и дроблением семей, связанным в основном с выходом из родительских семей молодых брачных пар.

Послевоенная диспропорция полов в брачных возрастах способствовала увеличению внебрачной рождаемости, росту числа матерей-одиночек и неполных семей. За период с 1945 по 1958 г. в СССР родилось 10,6 млн детей, у которых в акте о рождении отсутствовала запись об отце. Наиболее высокий процент детей, родившихся вне брака, зафиксирован в 1945 г. – 18,9, в 1946 г. – 18,7, и особенно в 1949 г. – 19,5 и в 1950 г. – 19,7. Лишь после 1950 г. процент внебрачных детей начал сокращаться, составив в 1955 г. 14,5, в 1956 г. – 13,4, в 1957 г. – 13,0[40].

Сразу после окончания войны наступил кратковременный период увеличения брачности. Отчасти это было связано с оформлением фактических браков, сложившихся еще до войны и в годы войны. Анализ данных текущей статистики показал, что наибольшее число браков в РСФСР было зарегистрировано в 1946 г. (на 1000 населения) – 12,3. Вступали в брак лица, не успевшие создать семьи до войны и отложившие вступление в брак в годы войны (в 1939 г. им было 20–24 года, в 1941 г. – 22–26 лет, в 1945 г. – 26–30 лет, в 1946 г. – 27–31 год), а также лица в наиболее активных брачных возрастах в послевоенные годы (в 1939 г. – 15–19 лет, в 1941 г. – 17–21 год, в 1945 г. – 21–25 лет, в 1946 г. – 22–26 лет). Однако уже в 1947 и 1948 гг. видно снижение показателя: в 1947 г. на 1000 населения было зарегистрировано браков – 10,4, в 1948 г. – 10,6.

Аналогичная ситуация наблюдалась в городах. Рост показателя брачности горожан отмечен в 1946 г. Так, если на 1000 населения вступило в брак в 1946 г. – 19,7, в 1947 г. – 14,8, в 1948 г. – 15,5, в 1949 г. – 16,6, то в 1950 г. – 14,8, а в 1955 г. – 13,8.

В связи со значительной деформацией возрастнополовой структуры в сельской местности показатель брачности на селе был ниже, чем в городе: на 1000 населения в сельской местности в 1946 г. было зарегистрировано браков – 8,5, в 1947 г. – 8,0, в 1948 г. – 8,0, в 1949 г. – 8,4. Тем не менее в 1950-е годы брачность сельчан увеличивалась и в 1955 г. составила (на 1000 населения) 10,4.

Снижение брачности населения в Российской Федерации после кратковременного всплеска обусловливалось, как отмечалось, послевоенной диспропорцией полов. Это повлияло на снижение числа замужних женщин. По данным переписи населения

1959 г., по сравнению с материалом переписи населения 1939 г. видно уменьшение числа замужних женщин практически во всех возрастных группах. Причем существенное сокращение было зафиксировано в поколениях женщин, рожденных в 1914–1918 и 1919–1923 гг. и наиболее пострадавших в годы войны. Так, в поколении женщин, рожденных в 1914–1918 гг., замужние женщины составляли: на 1000 человек данного возраста (40–44 года) – 606 (в 1939 г. – 751); в группе женщин, рожденных в 1919–1923 гг. (35–39 лет), соответственно 711 (в 1939 г. – 794). Среди женщин, рожденных в 1924–1928 гг. (30–34 года), замужних было 768 (в 1939 г. – 815); рожденных в 1929–1933 гг. (25–29 лет) – 752 (в 1939 г. – 783); рожденных в 1934–1938 гг. (20–24 года) – 479 (в 1939 г. – 599). Возрастание половой диспропорции в средних и пожилых возрастах (45–49 лет и старше) также отразилось на снижении доли замужних женщин[41]. Данному положению соответствовал брачный возраст женщин. Значительная часть браков заключалась женщинами от 20 до 23–24 лет, и по сравнению с 1940 г. число вступивших в брак женщин в этом возрасте выросло. Причем максимальное число вступивших в брак было зафиксировано в возрасте 22 лет, в последующих возрастах видно постепенное сокращение выходящих замуж женщин.

В 1950 г. браков заключалось довольно много, разводы же были нечасты. Так, в 1950 г. в РСФСР в целом на 24,5 брака приходился один развод.

Но это средние данные. По регионам же ситуация была различной. В промышленном центре число заключенных браков было большим, но большим было и число разводов. В Московской области один развод приходился на 14 браков, в Ивановской, во Владимирской – на 13 браков, и т. д.

В южных и северных районах число разводов уменьшается и соответственно меняется соотношение браков и разводов: в Вологодской области уже приходился один развод на 21 брак, в Ставрополье – 1:34.

В Поволжье и Центральном Черноземье показатели разводимости были еще ниже: в Саратовской области – 1:3, в Удмуртской АССР – 1:22, в Татарской АССР – 1:24, в Воронежской области разводы относятся к бракам как 1:48, в Горьковской – 1:49, в Калужской области – 1:55, в Марийской АССР – 1:45, и т. д.

Только в Астраханской области это соотношение держится на столичном уровне 1:14. В Уральском регионе соотношение разводов и браков такое же, как в Верхнем Поволжье, – 1:45.

В Сибири разводов фиксируется в 1950 г. совсем мало – в Новосибирской области один развод приходится на 73 заключенных брака; особое положение создалось в Западной Сибири: один развод на 155 браков и в Кемерово – один развод на 138 браков[42]. Ситуация с разводами и браками в 1950 г. связана еще с остатками в ряде регионов, как, например, в Марийской АССР, традиционно высокой брачности и низкой разводимости, хотя не во всех автономиях это наблюдается, что доказывают значительно большее число и удельный вес разводов в Татарской и Удмуртской АССР. Однако традиционная устойчивость браков уже практически по всей стране заметно ослабела, так же, как и высокой и ранней брачности. Относительно высокая брачность рубежа 1950-х годов связана более всего с реализацией браков, не состоявшихся в период войны, для возрастных когорт, вступивших в брачный возраст накануне и во время войны. В конце 1940 – начале 1950-х годов завершались возвращение мужчин и из армии и из плена, а также репатриация мужчин и женщин, угнанных в Германию. Создавали новые семьи те, кто потерял супруга (или супругу) в военные годы, вступали в новые браки разошедшиеся во время и сразу после войны. Уже заключали браки те, кто вступил в брачный возраст во второй половине 1940-х годов.

Иными словами, довольно высокая брачность 1950 г. была связана не только и не столько с традиционной структурой брачности, но с все еще экстремальными условиями развития демографических процессов, порожденными последствиями войны.

Разводы становились все более многочисленными, причем распадались и недавно, уже после войны, заключенные браки. Наблюдается процесс дестабилизации брака, правда, он находится еще на ранних стадиях. Ситуацию усугубляет сложившийся в результате войны дефицит мужчин. Очевидно, что разводов больше в крупных городах и прилегающих к ним районах, больше в старых центрах, чем в районах нового освоения, больше в районах со славянским населением, чем в национальных автономиях. Однако последний фактор на глазах слабеет, влияние крупного промышленного центра сказывается сильнее, чем национальная традиция, и не только в самом крупном городе, но и в прилегающих к нему районах. Пример – Казань, Ижевск. Как мы уже видели, в Татарии и Удмуртии соотношение браков и разводов сходно с центральными, заселенными в основном славянами, областями, в Марийской же или Дагестанской АССР уровень разводимости значительно ниже, а брачности – традиционно вы-

ше. При этом в начале века и даже до войны необходимо было учитывать, что крупные, особенно вновь создаваемые или значительно расширяемые города, заселялись пришлым населением, лиц же коренной национальности в них было немного. В итоге город существовал по своим демографическим законам, а местное население, особенно проживавшее в деревне, сохраняло традиционный тип демографического поведения. В 1950 г. крупные города в автономиях населены уже как пришлым, так и коренным населением, чей образовательный и культурный уровень заметно изменился, так же, как и тип демографического поведения. Более того, коренное население всей республики, в том числе сельское, постепенно меняет демографическое поведение, традиционные его формы постепенно слабеют, хотя и довольно медленно. Однако уже практически все население автономии затронуто этими изменениями, что проявляется в средних данных по автономии.

Наиболее низкая разводимость и высокая брачность в 1950 г. отмечаются уже не столько в районах с устойчиво традиционным брачным поведением населения (таких районов, и это символично, чрезвычайно мало), но в регионах нового освоения – Кемерово, Западная Сибирь, Восточная Сибирь, некоторые районы Дальнего Востока. В эти районы прибывает большой поток молодого населения, прежде всего мужчин, имеет место дефицит женщин. Последний в отличие от дефицита мужчин способствует укреплению брака и снижает возможность развода, так как разведенному мужчине трудно вновь вступить в брак; женщины же после войны, уже убедившиеся в сложности вступления в брак, даже в первый, по причине огромных потерь во время войны бракоспособного мужского населения, дорожили семьей и, как правило, «от добра добра» не искали. Не секрет, что часть молодых женщин, как девиц, так и разведенных, и вдов, отправлялись в районы нового освоения и активного промышленного строительства именно с целью найти жениха и выйти замуж. Многим из них это действительно удавалось. Браки на новостройках были часты. И здесь мы видим ряд отличий от новостроек довоенного времени. До войны молодежь, прибывавшая на новостройки, вступала в брак не очень активно, во всяком случае, в первые месяцы жизни и работы там и даже в первые годы. Если бы молодые мужчины и девушки оставались в местах своего прежнего проживания (как правило, в деревнях), показатели их брачности были бы более высокими, а браки, особенно у жен-

щин, более ранними. Переезд нарушал традиционные брачные связи. Известно, что по традиции часто уже при рождении ребенка намечался будущий жених (невеста) или сговор между родителями брачных партнеров происходил, когда будущие муж и жена были еще в детском или подростковом возрасте. Практиковались браки с уроженцами той или иной местности, той или иной деревни (как правило, по соседству), семьи будущих супругов были хорошо известны друг другу, часто связаны общими хозяйственными интересами. Нарушение этой привычной, сотнями лет складывавшейся традиции вело к снижению показателя брачности и повышению возраста брачности. Кроме того, сказывались бытовые и материальные трудности жизни на новостройках. Что касается такого момента, как отрыв молодой пары от родительской семьи, раздельное проживание, то это не снижало уровня брачности, так как молодая семья обладает устойчивыми центробежными тенденциями и возможность реализовать присущее молодой семье стремление к независимости, самостоятельности, напротив, способствовала повышению ее уровня.

После Великой Отечественной войны брачность на новостройках была значительно выше, а создававшиеся браки – прочнее. Нарушение брачных традиций данной местности уже большой роли не играло, так как традиции были в значительной мере нарушены и заметно ослабли. Слабее сказывался и сам факт переезда и смены места жительства, поскольку население в течение 1920-х, а особенно 1930-х годов переживало постоянные и активные миграции, перемещения стали привычны, житье вдали от родных мест не воспринималось более столь трагично, в этом даже находили много положительного. Механизм скорой адаптации к новым условиям уже в значительной степени сложился. Война еще более усилила перемещения населения. В новых городах в формировании населения теперь несколько ослабело влияние миграционного потока из деревень. Многие мигранты были уроженцами мелких и даже крупных городов, разоренных войной. Бытовые трудности, до войны существенно тормозившие процесс образования новых семей, теперь, учитывая груз пережитого людьми в военное лихолетье, во многом утратили свое значение. Тем более что мигранты часто прибывали из разоренных врагом городов и сел и бытовая неустроенность в их родных местах была не меньше, если не больше, чем на новостройках. Было значительным число людей, стремившихся переехать на новое место в связи с гибелью родных и близких во время войны. Пере-

жившие такую трагедию часто стремились скорее создать новую семью, выйти из состояния вынужденного одиночества.

В общем региональные особенности брачности и разводимости свидетельствуют о ряде существенных изменений по сравнению с довоенным временем, однако сохраняется еще довольно высокая брачность, больше не в силу традиций, а в связи с процессом демографической компенсации, развертывавшейся в то время.

В 1955 г., хотя браков заключается довольно много, идет активный процесс дестабилизации брака, о чем говорит резкое и повсеместное возрастание числа распавшихся браков. Так, в Российской Федерации в 1955 г. на 14,6 заключенных в течение года браков приходится один развод, т. е. соотношение браков и разводов за 5 лет резко изменилось в пользу разводов (в два раза). При этом в центральных и северо-западных районах России разводов еще больше.

В Московской области один развод приходится на 8 браков, во Владимирской области – на 10, в Ивановской – на 12, в Ленинградской – на 14.

Если в южных черноземных районах еще 5 лет тому назад уровень разводимости был значительно ниже общероссийского, развод приходился на значительно большее число браков, чем по России в целом, то в 1955 г. эти показатели сравнялись с общероссийскими.

Например: в Воронежской области на один развод приходится 14 браков, столько же – в Ставрополье и в Краснодарском крае. По сравнению с 1950 г. стало заметно больше разводов в Поволжье, соотношение браков и разводов в пользу разводов приблизилось к ситуации в России в целом. Даже в Горьковской области, отличавшейся раньше сравнительно небольшим числом разводов, теперь один развод приходится на 15 браков, в Саратовской – на 17, в Куйбышевской – на 18, в Сталинградской – на 16.

Стабильнее ситуация в автономиях – в Татарии разводимость осталась на прежнем уровне, в Удмуртской АССР – несколько увеличилась, но незначительно – один развод на 19 браков, а в Марийской АССР, где и раньше число разводов было невелико, их стало еще меньше: один развод на 53 брака. Если в 1950 г. Марийская АССР являлась одним из районов с низким уровнем разводимости, то теперь она стала одним из районов с исключительно низкой разводимостью.

В западных и северных районах разводимость несколько ниже общероссийской – в Вологодской области один развод на

26 браков, в Смоленской – на 23. Объясняется это прежде всего малым числом молодежи в данных областях. Как раз тогда молодежь мигрировала оттуда в восточном направлении, а также в Прибалтику.

Следует отметить, что число разводов возросло даже на Северном Кавказе – в Дагестане уже приходится один развод на 22 брака, т. е. соотношение браков и разводов приближается к ситуации в западных районах и Поволжье.

В Кемеровской области число разводов несколько выросло: если в 1950 г. там было зарегистрировано 219 разводов, то в 1955 г. – уже 1258, однако ситуация с брачностью благополучнее, чем по России в целом. Лидируют же по стабильному состоянию брака и малому числу разводов по-прежнему Западная Сибирь и Новосибирская область: в первой соотношение разводов и браков выглядит как 1:77, во втором – как 1:83. В Омской области, например, в 1955 г. зарегистрировано всего 137 разводов. Что касается Дальнего Востока, то там уровень разводимости явно возрос – в Хабаровском крае один развод на 19 браков, в Приморском – на 15. В принципе по показателям разводимости продолжают лидировать центр и запад, однако возрастание числа зарегистрированных разводов растет, как видно, почти по всем районам. Это связано и с установлением нового типа семейных отношений, и с нарастанием кризисных явлений в брачности, связанных в значительной степени с нарушениями в соотношении полов после войны и с потерями мужского населения (хотя о настоящем и тем более глубоком кризисе брака говорить еще рано). Следует отметить, что эти последствия проявлялись волнообразно. Первая волна разводов пришлась на первые годы после войны, затем наступила некоторая стабилизация в начале 1950-х годов. Казалось бы, вернувшиеся с войны уже образовали брачные пары, сохранив прежние или создав новые семьи с женщинами-однолетками, а чаще – с женщинами и девушками более молодого возраста. Однако проходит несколько лет, и вновь – волна разводов. Вступают в брачный возраст новые поколения молодых женщин, и опять становится актуальным дефицит мужчин. Данная ситуация усугубляется тем, что по традиции, сложившейся в XIX–XX вв. в нашей стране, невеста в редчайших случаях старше жениха. Как правило, женщины выходят замуж или за своих однолеток, или за мужчин более старшего возраста, нередко – значительно более старшего. Дефицит же мужчин в старших брачных возрастах и очень большой выбор невест усиливают тенденции дестабилиза-

ции семьи и брака. Следует также учесть изменения в психологии вступающих в брак женщин. Даже те из них, кто только что вступил в брачный возраст, уже имеют перед глазами множество одиноких, не вступивших даже в первый брак женщин, боятся этого вынужденного женского одиночества, «вечного девичества», а также жизни только в фактическом, незарегистрированном браке. Поэтому они легко, во всяком случае легче, чем довоенные поколения, вступают в брак с мужчинами на 5 или даже 10 лет старше себя, а зачастую и в еще более старшем возрасте. Соответственно родители невест относятся к таким бракам лояльнее, чем это было до войны. Впрочем, влияние родителей на брачный выбор своих детей, а также на сохранение ими предыдущих браков заметно ослабло. Следует также иметь в виду, что даже очень молодые женщины, те, кому в начале 1950-х было 18–20 лет, а тем более 20–25, пережили в детстве военные и первые послевоенные годы со всеми их трудностями, что привело к более раннему взрослению, ведь практически эти поколения были лишены детства. Отсюда облегченный психологический контакт девушек с женихами старшего возраста. Тем более что последние вызывали восхищение как воины-победители, были овеяны, и справедливо, романтическим ореолом героизма, мужественности, благородства. Равным образом в этих условиях, как и сразу после войны, не исключались из состава брачующихся мужчины-инвалиды, люди, перенесшие ранения, ожоги, хронически больные и т. д., что традиционно имело место ранее. К сожалению, и к мужскому алкоголизму существовало столь же снисходительное отношение. И не стоит здесь вспоминать, что «веселие Руси есть пити». Традиционно, особенно в сельской местности, пьянство молодого, неженатого или недавно женатого мужчины осуждалось и родителями, и женой, и всем обществом. Причем осуждение было неформальным и могло вылиться в крутые меры. Во всяком случае жениться на молодой, здоровой девушке уже было для молодого пьяницы практически невозможно. Еще более решительно осуждался и встречал противодействие женский алкоголизм. Последний начал распространяться после войны, но совсем не так интенсивно, как это представляет порой художественная и популярная литература.

Таким образом, тенденции к дестабилизации брака, имевшие причиной нарушения в соотношении полов в структуре населения, вызванного целой серией войн, пережитых Россией в первой половине XX в., и социально-политическими катаклизма-

ми, приведшими к людским потерям, были многократно усилены потерями именно в Великой Отечественной войне. Эти тенденции проявлялись довольно устойчиво и с течением времени все более нарастали. Причиной их усиления были углублявшийся процесс перехода к малой и малодетной семье и несбалансированная и непоследовательная социально-демографическая политика, не выработавшая эффективных мер по укреплению семьи и брака. Молодые мужчины, вступавшие в 1950-е годы в сложившейся обстановке в брачный возраст, также испытывали влияние дестабилизирующих брак тенденций.

Обращает на себя внимание нарастание разводов в ряде районов нового освоения, причиной которых стала сбалансированность возрастнополовой структуры по мере их освоения, в частности ослабления так называемого дефицита невест молодого возраста. Продолжает сохраняться пониженная разводимость в национальных районах, прежде всего с менее развитой индустрией. Но самые низкие показатели разводимости отмечаются попрежнему в районах с недавним и активным промышленным строительством. Браков же там, несмотря на нарушения в структуре населения по полу, немало: например, в Омской области – более 11 тыс. браков заключено за 1955 г., в Новосибирской – 16 тыс. В 1950 г. соответственно 9 тыс. и 15 тыс.

Итак, «эхо» войны тяжелым бременем легло на многие поколения людей, изменив возрастнополовую структуру, структуру брачности, состав семьи. Изменились многие черты брачного и семейного поведения. Огромные людские жертвы привели к неизгладимым демографическим ямам, имевшим долгосрочные последствия и ощущавшимся вплоть до 1970-х годов.

Примечания

[1] См.: *Зверев А.Г.* Записки министра. М., 1973. С. 231–232.

[2] Там же. С. 71.

[3] См.: Решения партии и правительства по хозяйственным вопросам. Т. 3. М., 1968. С. 350–368, 505–511, 549–560.

[4] См.: *Попов В.П.* Сталин и советская экономика в послевоенные годы // Отечественная история. 2001. С. 70.

[5] Там же. С. 71.

[6] Там же. С. 68–71.

[7] См.: Известия ЦК КПСС. 1989. № 3. С. 161.

[8] См.: Российская деревня после войны (июнь 1945 – март 1953): Сб. док. М., 1993. Док. № 49.

[9] См.: КПСС в резолюциях и решениях съездов, конференций и пленумов ЦК. 8-е изд. Т. 7. С. 274–275.

[10] См.: *Попов В.П.* Указ. соч. С. 72.

[11] Подробнее см.: *Кузнецова Н.В.* Карточная система в условиях голода. 1946–1947 гг. // Проблемы истории массовых политических репрессий в СССР: Материалы II региональной научной конференции. Краснодар, 2004. С. 154.

[12] См.: *Зеленин И.Е.* Аграрная политика Н.С. Хрущева и сельское хозяйство страны // Отечественная история. 2000. № 7. С. 86.

[13] Там же. С. 361–362.

[14] См.: Ведомости Верховного Совета РСФСР. 1959. № 30.

[15] См.: Население России в XX в. М., Т. 1. С. 375; Т. 2. С. 368; Т. 3. С. 266.

[16] См.: *Андреев А., Дарский Л., Харькова Т.* Демографическая история России: 1926–1959 гг. С. 157–160.

[17] См.: Население Советского Союза: 1922–1921. М., 1992. С. 74–75.

[18] Там же. Л. 37–39; Народное хозяйство РСФСР в 1960 г.: Сб. ст. и сведений. М., 1960. С. 7–8.

[19] См.: Итоги Всесоюзной переписи населения 1959 г.: РСФСР. М., 1963. С. 60–61.

[20] Там же. С. 59.

[21] РГАЭ. Ф. 1562. Оп. 336. Ч. 2. Д. 1530. Л. 55–60, 67–72, 79–84 (подсчеты автора).

[22] Там же. Л. 121–126, 139–144, 151–156 (подсчеты автора).

[23] Там же. Л. 55–60, 67–72, 79–84, 97–102, 109–114, 121–126, 151–156, 163–168 (подсчеты автора).

[24] Там же (подсчеты автора).

[25] Там же (подсчеты автора).

[26] Там же (подсчеты автора).

[27] Там же. Л. 67–72, 79–84, 109–114 (подсчеты автора).

[28] Там же. Л. 79–84, 97–102, 109–114 (подсчеты автора).

[29] Там же. Л. 121–126, 139–144 (подсчеты автора).

[30] Там же. Л. 67–72 (подсчеты автора).

[31] Там же. Л. 55–60, 67–72, 79–84, 97–102, 109–114, 121–126, 151–156, 163–168 (подсчеты автора).

[32] Там же. Л. 109–114, 121–126, 139–144, 151–156 (подсчеты автора).

[33] Там же. Л. 163–168 (подсчеты автора).

[34] Там же. Л. 109–114, 121–126 (подсчеты автора).

[35] Там же. Л. 55–60, 67–72, 79–84, 97–102, 109–114, 121–126, 151–156, 163–168 (подсчеты автора).

[36] РГАЭ. Ф. 1562. Оп. 33. Д. 4529. Л. 136.

[37] См.: *Жиромская В.Б., Араловец Н.А.* Демографические последствия Великой Отечественной войны // Россия в XX веке: Война 1941–1945 годов: Современные подходы. М.: Наука, 2005. С. 547.

[38] См.: *Герасимова И.А.* Структура семьи. М., 1976. С. 99.

[39] *Жиромская В.Б., Араловец Н.А.* Указ. соч. С. 548; *Араловец Н.А.* Городская семья в России. 1927–1959 гг. Тула: ГРИФ, 2009. С. 98–105, 115–116, 130–132.

[40] Там же. С. 546.

[41] РГАЭ. Ф. 1562. Оп. 20. Д. 909. Л. 30, 32, 33, 36, 40, 68, 92, 95, 96.

[42] Там же. Л. 41, 50, 58, 71, 96.

Глава III

ГОСУДАРСТВЕННАЯ ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ ПОЛИТИКА В ПОСЛЕВОЕННЫЕ ГОДЫ

Правительство, не имея возможности в тяжелых условиях послевоенного периода в короткий срок обеспечить население материально, особое внимание обратило на охрану его здоровья. В этих целях был изучен и использован на практике опыт восстановления населения после Первой мировой и Гражданской войн. Предпринятые меры были очень схожи: и тогда, и теперь первоочередными задачами были охрана материнства и детства, борьба за выживаемость младенцев, за укрепление здоровья детей и взрослого населения. За все предвоенные пятилетки (1928–1940 гг.) на здравоохранение и физическую культуру государство израсходовало 57,1 млрд рублей, а в 4-й пятилетке (1946–1950 гг.) – 94,5 млрд рублей. Эти средства пошли на восстановление и капитальный ремонт старых больниц и здравниц, строительство новых, оснащение их новейшим медицинским оборудованием, подготовку квалифицированных медицинских кадров, широкие научные изыскания и исследования в области медицины, закупку и производство лекарств и препаратов.

1
Меры государственной политики по охране материнства и детства

В сложившейся демографической ситуации на правительственном уровне были разработаны меры социально-демографического характера по следующим основным направлениям.

1. *Материальное и моральное стимулирование рождаемости.*
2. *Охрана здоровья женщины в дородовой и послеродовой периоды.*
3. *Борьба за укрепление здоровья детей.*
4. *Социальная защита сирот и беспризорных детей.*

В целях восполнения людских потерь правительство стремилось обеспечить высокий уровень рождаемости в стране. Уже в конце войны, в 1944 г., был издан специальный указ Президиума Верховного Совета СССР «Об увеличении государственной помощи беременным женщинам, многодетным и одиноким матерям, усилении охраны материнства и детства, установлении почетного звания "Мать-героиня" и учреждении ордена "Материнская слава" и медали "Медаль материнства"».

В этих же целях указ 1935 г. о запрещении абортов отменять не спешили, рассчитывая, что он сыграет свою положительную роль. Указ продолжал действовать до 23 ноября 1955 г. (отменен указом Президиума Верховного Совета СССР «Об отмене запрещения абортов»[1]).

По решению правительства с 1 января 1948 г. единовременно выплачивались матерям, имеющим двух детей, при рождении третьего ребенка 200 рублей, четвертого – 650 рублей, пятого – 850 рублей, шестого – 1000 рублей, седьмого и восьмого – 1250 рублей, девятого – 1750 рублей, при рождении каждого последующего ребенка – 2500 рублей.

Особая забота была проявлена о матерях-одиночках, либо никогда не вступавших в брак, либо оставшихся без регистрации брака по указу 1944 г., в том случае, если их фактические мужья погибли на фронтах Великой Отечественной войны, не успев зарегистрировать брак, или не захотели этого сделать по возвращении с войны. Дети в этих случаях оставались без всякой материальной помощи, пенсии за отцов не выплачивались. В связи с этим одиноким матерям, не состоящим в браке, выдавались государственные пособия на содержание и воспитание детей: на одного ребенка 50 руб. в месяц, на двух – 75 рублей, на трех и более детей – 100 рублей[2].

В помощь матерям-одиночкам была снижена на 50% плата за содержание детей в детских яслях и садах. Но эта льгота предоставлялась лишь одиноким матерям, имеющим заработок, не превышающий 600 рублей в месяц.

Матерям, имеющим детей в возрасте до одного года, а также беременным (с момента установления беременности) женщинам-работницам и служащим предоставлялось право перехода на другую работу по месту жительства с сохранением за ними непрерывного трудового стажа[3].

Правительству удалось увеличить расходы из государственного бюджета СССР на выплату пособий одиноким и многодетным матерям. Если в 1940 г. эти расходы составляли 123 млн рублей, то в 1950 г. – 366, в 1960 г. – 496 млн рублей, т. е. в 1950 г. по отношению к 1940 г. они увеличились на 33,6%, а в 1960 г. по отношению к 1950 г. – на 73,8%. Пособия по беременности и родам, а также на предметы ухода за ребенком выросли соответственно на 31,8 и 34,6%. Расходы на обслуживание детей в детских садах, яслях, пионерских лагерях, детских домах и учреждениях по внешкольной работе с детьми увеличились на 33 и 74,4%[4].

Однако эта материальная помощь была минимальной, поскольку материальные затраты на содержание детей постоянно росли. По подсчетам А.Я. Кваши, ежемесячные расходы на воспитание одного ребенка на рубеже 1940–1950-х годов составляли приблизительно 50% от среднемесячной зарплаты женщины[5]. Даже в полной семье содержание второго ребенка было сложным, учитывая, что мужчины, вернувшиеся с войны, не всегда по состоянию здоровья могли содержать семью и работать в полную силу.

Что же касается пособий на третьего, четвертого, пятого и т. д. ребенка, то они были единовременными. К тому же в РСФСР у славянских и некоторых угрофинских народов эти третьи, четвертые, пятые и шестые дети вряд ли рождались, семья была малодетной. Многодетные семьи встречались, как правило, у тюркских народов, причем чаще у проживающих за пределами РСФСР. Например, основная часть родившихся в Поволжье в послевоенные годы – это первые и вторые дети. При этом количество первенцев росло значительно быстрее, чем вторых детей. Первенцы составляли в середине 1950-х годов 46,6%, а вторые дети – 30,5%. В Куйбышевской, Ульяновской областях доля первых и вторых детей была равна 80% от всех рожденных за год. В Татарской АССР ситуация была несколько иной: количество первых детей выросло незначительно – 43,7%, зато существенно вырос процент вторых детей. В целом же они все равно составляли основную часть родившихся – свыше 70%. Увеличение количества вторых детей в Татарии произошло за счет сокращения рождений пятых и шестых и, в меньшей степени, третьих и четвертых детей. Дети более высоких порядков рождения составляли менее 3% от всех родившихся[6]. Итак, в среднем первые и вторые дети составляли в регионе свыше 70% всех родившихся за год. Аналогичная ситуация наблюдалась в Центрально-Черноземном районе (см. в табл. 7 данные по Пензенской области).

Таблица 7

Сведения о родившихся по порядку рождения (%)

Область проживания	Порядок рождения												
	1-й	2-й	3-й	4-й	5-й	6-й	7-й	8-й	9-й	10-й	11-й и более	Не указано	Итого
Данные за 1956 г.													
Куйбышевская обл.	49,7	31,7	10,5	3,8	1,9	1,0	0,5	0,3	0,2	0,2	0,2	0,05	100
Пензенская обл.	47,5	30,0	11,7	5,1	2,3	1,3	0,8	0,4	0,4	0,2	0,2	0,07	100
Ульяновская обл.	45,5	30,7	12,2	5,2	2,7	1,5	0,9	0,6	0,3	0,2	0,2	0,1	100
Татария	43,7	29,7	13,4	5,9	3,2	1,7	0,9	0,5	0,3	0,2	0,2	0,07	100
Поволжье	46,6	33,5	12,0	5,0	2,5	1,4	0,8	0,5	0,3	0,2	0,2	0,007	100
Данные за 1965 г.													
Куйбышевская обл.	58,4	31,5	6,9	1,7	0,7	0,4	0,2	0,07	0,05	0,04	0,04	0,02	100
Пензенская обл.	56,9	32,3	6,9	2,0	0,9	0,5	0,2	0,2	0,05	0,05	0,01	0,01	100
Ульяновская обл.	51,3	34,3	8,9	2,9	1,4	0,5	0,4	0,3	0,05	0,04	0,04	–	100
Татария	45,8	34,7	11,6	4,3	1,2	0,8	0,5	0,2	0,1	0,08	0,08	–	100
Поволжье	53,1	33,2	8,6	2,7	1,1	0,6	0,3	0,2	0,06	0,05	0,04	0,01	100

Румянцева М.А. Демографическая ситуация в городах Поволжья в 1955–1965 гг. Дис. ... канд. ист. наук. М., 2003. С. 98–99.

Таким образом, выплаты единовременных пособий в связи с рождением ребенка в том виде, в каком они предлагались, в РСФСР почти не достигали цели.

Поскольку на резкое увеличение рождаемости в связи с потерей мужского населения было трудно рассчитывать, то усилия правительства в области медицины были направлены на сокращение младенческой смертности, уровень которой в РСФСР продолжал быть высоким.

Высокая смертность младенцев от врожденной слабости и пороков внутриутробного развития была тяжелым следствием войны.

В РСФСР в 1945 г. родилось живыми 784,5 тыс. младенцев, из них недоношенными – 37,5 тыс., или 4,8%. Мертворожденных было почти 18 тыс., 14 тыс. детей умерли вскоре после рождения, среди них преобладали недоношенные – 9 тыс., или 64%. Кроме того, после войны была высокая детская смертность и почти 11% детей умирало, не дожив до года (см. табл. 8).

Таблица 8

Сведения о новорожденных в 1945 г. в РСФСР (%)

Вид сведения	Город	Село	Всего
Родилось живыми,	73,7	36,3	100
в т. ч. преждевременно родившихся	95,0	5,0	100
Родилось мертвыми	75,4	24,6	100
Умерло,	85,7	14,3	100
в т. ч. недоношенных	92,4	7,6	100

РГАЭ. Ф. 1562. Оп. 18. Д. 320. Л. 5 об.

Высокая смертность среди недоношенных младенцев сохранялась и в первой половине 1950-х годов. Она составляла ежегодно около 20% от их числа. Кроме того, в 1954 г. по сравнению с 1953 г. число мертворожденных выросло более чем на 2%[7]. Причиной этого явления было ослабление женского организма, стрессовые ситуации в военное время, плохое питание, материальное неблагополучие, жилищно-бытовая неустроенность. Все эти последствия войны оказывали негативное влияние на генофонд населения.

В этих условиях был предпринят ряд мер по охране здоровья женщины в дородовой и послеродовой периоды. В постановлении

правительства РСФСР от 26 января 1946 г. отмечалась необходимость расширения сети родовспомогательных и детских учреждений. Предусматривалось обеспечение этих учреждений квалифицированными медицинскими кадрами и современным медицинским оборудованием. В постановлении также подчеркивалась необходимость полной госпитализации рожениц; организации систематического медицинского наблюдения за состоянием здоровья беременных женщин, за правильным уходом и вскармливанием новорожденных детей; проведения мероприятий по улучшению санитарных условий детских и родовспомогательных учреждений.

Установлено было наблюдение в женских консультациях во время дородового и послеродового периодов. Были организованы курсы при женских консультациях, на которых женщин учили правильному поведению и питанию в эти периоды и уходу за новорожденными.

Беременные женщины были обязаны посещать консультацию в среднем 10–14 раз. Кроме того, патронажные сестры должны были посещать беременную женщину на дому и на производстве.

Для создания благоприятных условий беременным женщинам, обеспечения им отдыха до и после родов в апреле 1956 г. был увеличен отпуск по беременности и родам с 77 до 112 календарных дней (56 дней до родов и 56 дней после родов) с выдачей за этот период пособия. Если роды проходили с осложнениями или рождалось двое и более детей, отпуск после родов продлевался до 70 календарных дней[8].

В 1950-е годы были введены массовые профилактические осмотры 1–2 раза в год женщин всех возрастов. С 1952 г. на крупных предприятиях стали создаваться гинекологические кабинеты и женские консультации[9]. Количество женских и детских консультаций, поликлиник и диспансеров было увеличено в стране с 8,6 тыс. в 1940 г. до 16,4 тыс. в 1960 г., т. е. на 52,4%. Число женских и детских консультаций выросло в городах с 2,2 тыс. в 1945 г. до 3 тыс. в 1950 г., а в селе, соответственно, с 1,7 до 2,8 тыс. (см. табл. 12). Увеличилось и число роддомов. Однако довоенную сеть родильных домов не удалось восстановить даже в первой половине 1950-х годов, хотя было издано специальное постановление правительства в июне 1949 г. «О мероприятиях по расширению сети детских учреждений и родильных домов и улучшению их работы». Особое внимание в постановлении обращалось на снабжение детских и родовспомогательных учреждений оборудованием и продуктами высокого качества, прежде всего молочными продуктами и овощами.

Даже в столице количество роддомов составляло по отношению к 1940 г. лишь чуть более 70%, женских и детских консультаций – 90%, детских яслей и детских садов – 90%. Кроме того, санитарное состояние некоторых роддомов оставляло желать лучшего. Они часто закрывались на карантин, так как там, особенно в крупных городах, были распространены разного рода инфекционные заболевания (маститы, стафилококковые инфекции, инфекционные дерматиты, кишечные инфекции).

Большое внимание уделялось родовспоможению (см. табл. 9–11). Причем старались охватить грамотным медицинским родовспоможением как городское, так и сельское население. Для этого в сельской местности кроме роддомов разворачивали свою деятельность акушерские пункты, больницы, лаборатории. Если в городах родовспоможение осуществлялось в основном роддомами, то в селе, несмотря на наличие там акушерских пунктов и колхозных и прочих роддомов, основную помощь роженицам оказывали родильные отделения больниц. За 1947 г. (см. табл. 10) в селе из 437,7 тыс. родов родильными отделениями больниц было принято 298,8 тыс., а стационарными лабораториями – 6 тыс., роддомами, в том числе колхозными, – 82,2 тыс. В 1948 г. в городе из 900 тыс. родов около 500 тыс. было принято именно в роддомах, а в селе в роддомах всех типов – около 100 тыс. родов и в родильных отделениях – свыше 300 тыс. Однако и в городах родильные отделения больниц действовали активно, компенсируя нехватку роддомов. Здесь следует учесть еще один момент. Поскольку после войны здоровье женщин ослабло, было много недоношенных новорожденных, преждевременных родов, а здоровье и жизнь матерей также часто после родов были под угрозой, именно в отделениях стационарных больниц могли скорее, чем в роддомах, оказать квалифицированную медицинскую помощь. Поэтому статистика роддомов далеко не полностью отражает осуществлявшуюся после войны медицинскую помощь по родовспоможению. Обращает на себя внимание распространенность применения уже в первые послевоенные годы обезболивания при родах (сотни тысяч случаев). Конечно, такая практика имела место в основном в городе, но появляется она и в селе (см. табл. 9). Например, в селе в 1945 г. с применением обезболивания принято 1,5 тыс. родов, в 1946 г. – 4,3 тыс., в 1947 г. – 7 тыс., а в 1948 г. – уже 9 тыс. В городе же только за 1947 г. применено обезболивание при 120 тыс. родов. Следует учитывать, что часть сельских жителей обслуживалась городскими роддомами и больницами.

Родовспоможение в РСФСР (1945–1946 гг.). Число родов, принятых роддомами, родильными отделениями больниц, стационарными лабораториями, акушерскими пунктами, колхозными роддомами

	1945 год			1946 год		
	город	село	итого	город	село	итого
Принято родов	580 504	225 512	806 016	928 165	833 857	1 762 022
Из общего числа родов:						
а) среди сельского населения в гор. мед. учр.	61 731			103 941		
б) с применением обезболивания	70 298	1561	71 859	97 493	4339	101 832
в) случаи эклампсии (тяжелой формы токсикоза)	2829	407	3236	3938	472	4410
Число септических заболеваний рожениц	711	62	773	1027	206	1233
Число случаев переливания крови	11 570	423	11 923	20 152	510	20 662
Сведения о новорожденных:						
а) родились живыми	577 551	206 802	784 353	921 187	386 607	1 307 794
из них преждевременно	35 201	2237	37 438	68 597	7772	76 369
б) родились мертвыми	13 530	4392	17 922	11 374	8012	19 386
в) умерли	12 206	1785	13 991	17 994	4405	22 399
из них недоношенные	8467	752	9219	12 836	2850	15 686
Число заболевших детей:						
а) пиодермией	3508	97	3605	7625	7823	15 448
б) сепсисом	272	–	272	552	16	568
Число сделанных детям прививок по Кальмету (БЦЖ)	240 997	7397	248 394	464 270	13 074	477 344

Окончание табл. 9

	1945 год			1946 год		
	город	село	итого	город	село	итого
Принято родов на дому:	33 282	290 003		53 887	539 527	
а) врачами	8076	13 961		5644	22 266	
б) ср. мед. персоналом	25 206	276 042		48 243	517 261	
из них в акушерских пунктах	585	32 157		869	50 813	
Число абортов всего,	273 607	41 061	314 668	368 972	65 303	
из них:			(87%)	(13%)		
а) полных искусственных по разрешению врачебной комиссии	32 740 (93,8%)	2170 (6,2%)	34 910	42 191	3738	
б) начатых и начавшихся вне лечебных учреждений	240 867 (86,0%)	38 891 (14,0%)	34 910	326 781	61 565	388 346
Установлен криминальный характер аборта			37 155			61 444
Передано дел в прокуратуру			32 514			53 033

РГАЭ. Ф. 1562. Оп. 18. Д. 320. Л. 5 об.; Д. 351. Л. 20.

Таблица 10

Родовспоможение в РСФСР (1947 г.). Число родов, принятых роддомами, родильными отделениями больниц, стационарными лабораториями, акушерскими пунктами, колхозными роддомами

	Город				Село				
	роддом	род. отд-е	стац. лаб-я	итого	роддом	род. отд-е	стац. лаб-я	колхозный акушер	итого
Принято родов	522 583	477 061	1295	1 000 939	57 799	298 783	6036	25 479	437 748
Из общего числа родов:									
а) среди сельского населения в гор. мед. учр.		46 709	72 557	119 266					
б) с применением обезболивания	79 887	41 333		121 220	2502	4589			7091
в) случаи эклампсии	3029	2691		5720	154	376			530
Септические заболевания рожениц	528	378		906	33	94			127
Сведения о новорожденных:									
а) родились живыми	520 303	476 330		996 633	57 130	295 629	6053	74 752	433 564
из них преждевременно	38 258	28 030		66 288	1836	1844		1205	4885
б) родились мертвыми	10 904	11 037		21 941	1432	7091	87	898	9508
в) умерли	9762	8732		18 494	746	3578	56	439	4819
из них недоношенные	6637	6024		12 661	507	2878		313	3698
Заболело детей:									
а) пиодермией	5649	4036		9685					
б) сепсисом	440	264		704					

Окончание табл. 10

	Город				Село				
	роддом	род. отд-е	стац. лаб-я	итого	роддом	род. отд-е	стац. лаб-я	колхозный акушер	итого
Сделано детям прививок по Кальмету (БЦЖ)	326 408	232 245		558 653					
Принято родов на дому				45 256					633 027
а) врачами				5178					20 842
б) ср. мед. персоналом				40 078					612 185
в том числе в акушерских пунктах				110					39 241
Число абортов всего, из них:				318 411					55 137
а) полных искусственных по разрешению врачебной комиссии				42 164					3265
б) начатых и начавшихся вне лечебных учреждений				276 247					51 872
Установлен криминальный характер аборта	50 948								
Передано дел в прокуратуру	44 372								

РГАЭ. Ф. 1562. Оп. 18. Д. 412. Л. 6.

Таблица 11

Родовспоможение РСФСР (1948 г.). Число родов, принятых роддомами, родильными отделениями больниц, стационарными лабораториями, акушерскими пунктами, колхозными роддомами

	Город				Село					
	роддом	род. отд-е	стац. лаб-я	итого	роддом	род. отд-е	стац. лаб-я	колхозный акушер	колхозный роддом	итого
Принято родов	484 467	441 566	1184	927 217	64 489	321 596	4591	26 605	47 931	
Из общего числа родов:										
а) среди сельского населения в гор. мед. учр.	50 898	89 331		140 229	48 392	249 647				298 039
б) с применением обезболивания	84 103	42 342		126 445	3946	5115				9061
в) случаи эклампсии	1828	1794		3622	236	334				570
Септические заболевания рожениц	262	325		587	47	123				170
Число случаев переливания крови	17 822	14 368		32 190	334	753				1087
Сведения о новорожденных:										
а) родились живыми	480 857	437 827		918 684	63 632	317 388	4556	26 415	47 913	459 904
из них преждевременно	32 413	24 363		56 776	2074	9888		581	902	
б) родились мертвыми	10 472	10 197		20 669	1723	8423	61	367	524	11 098
в) умерли	8227	7064		15 291	773	3851	41	228	307	
из них недоношенные	5697	4689		10 386	592	3012		169	226	

Окончание табл. 11

	Город				Село					
	роддом	род. отд-е	стац. лаб-я	итого	роддом	род. отд-е	стац. лаб-я	колхозный акушер	колхозный роддом	итого
Заболело детей:										
а) пиодермией	5085	3717			159	239				
б) сепсисом	405	319				513				
Сделано детям прививок по Кальмету (БЦЖ)	348 925	275 874		624 799	16 286	31 837				48 123
Принято родов на дому:	31 294			658 306						
а) врачами	5057			18 535						
б) ср. мед. персоналом	26 237			639 771						
Число абортов всего, из них:	480 458			88 364						
а) полных искусственных по разрешению врачебной комиссии	59 505			4652						
б) начатых и начавшихся вне лечебных учреждений	420 953			83 712						
Установлен криминальный характер аборта	84 038									
Передано дел в прокуратуру	71 592									

РГАЭ. Ф. 1562. Оп. 18. Д. 444. Л. 6.

Таблица 12

Консультации женщин и детей в РСФСР

Год	Число учреждений		Число врачей, тыс.		Число педиатров, тыс.	
	город	село	город	село	город	село
1945	2166	1672	5,5	1,7	3,3	0,9
1946	2360	1824	6,4	2,0	3,6	1,6
1947	2498	1888	7,3	2,4	4,1	1,5
1948	2580	1921	7,9	2,6	4,6	1,7
1949	2689	1965	8,6	2,8	4,6	1,7
1950	3027	2827				

РГАЭ. Ф. 1562. Оп. 18. Д. 320. Л. 6 об.; Д. 351. Л. 21; Д. 412. Л. 7; Д. 444. Л. 7; Д. 486. Л. 8 об.; Д. 550. Л. 10. В 1950 г. учтены как самостоятельные консультации, так и входящие в другие учреждения.

У молодых матерей в послевоенное время часто не хватало молока для вскармливания младенцев. В связи с этим большое значение придавалось расширению сети бесплатных молочных кухонь и раздаточных пунктов, действовавших как при кухнях, так и самостоятельно (см. табл. 13). Начиная с 1945 г. их число росло, особенно в голодный 1947 год. В городе таких кухонь было 1,6 тыс., в селе – 1,1 тыс., за год же ими было отпущено почти 400 млн порций детского питания (по 1,5 млн порций в день). Прежде всего, в тот период кухни снабжали донорским молоком. К началу 1950-х годов кухонь стало значительно меньше, поскольку голод был уже в основном преодолен, здоровье и питание молодых матерей улучшились. Однако, судя по числу отпущенных порций – в 1950 г. по 700 тыс. порций в день, – население продолжало активно ими пользоваться. К концу 1950-х годов число кухонь еще более сократилось, при этом их насчитывалось более 600 тыс.[10], так как они прочно вошли в практику.

В связи с гибелью мужчин на фронтах Великой Отечественной войны женщины широко были задействованы во всех сферах общественного производства. В помощь работающим матерям была значительно расширена сеть яслей, куда принимали младенцев в возрасте до одного года и детей до трех лет. Ясли были разнообразные, в том числе сезонные. В 1946 г. их было почти 206 тыс. только в городе, а в селе – 124 тыс. Со временем их количество увеличилось, особенно в голодном 1947 г. Резко возросло

Таблица 13

Молочные кухни в РСФСР (1945–1950 гг.)

Год	Число учреждений			Общая пропускная способность всех молочных кухонь-порций за день, тыс.			Число отпущенных порций в год, тыс.		
	город	село	всего	город	село	всего	город	село	всего
1945	1381	856	2237	1096,3	93,2	1189,5	308 678,3	15 559,5	324 237,8
1946	1505	1020	2565	1343,7	112,3	1456	320 499,3	17 712,2	338 211,5
1947	1589	1144	2733	1446,4	113,7	1560,1	377 036,5	22 950,1	399 986,6
1948	1268	894	2162	1166,5	78,1	1244,6	181 973,7	8389,5	190 363,2
1949	871	393	1264	786,6	32,4	819	162 796,8	3847,8	166 644,6
1950	676	228	904	684,9	24,5	709,4	178 156,1	2010,7	180 166,8

РГАЭ. Ф. 1562. Оп. 18. Д. 320. Л. 7; Д. 351. Л. 21; Д. 412. Л. 7 об.; Д. 444. Л. 7 об.; Д. 486. Л. 8 об.; Д. 550. Л. 10 об.

Таблица 14

Ясли в РСФСР (1945–1950 гг.)

	Число яслей	Число мест	Число детей				Число сезонных яслей	Число детей	В том числе до 3 лет
			январь	декабрь	в том числе				
					до 1 года	более 3 лет			
1945 г.									
Город	4754	332 907	242 369	208 650	37 364	78 331			
Село	7836	205 508	129 910	124 389	19 692	51 104			
Всего	12 590	538 415	372 279	333 039	57 056	129 435	54 043	1 451 499	642 732

1946 г.									
Город	4640	310 627	205 978	209 764	55 496	48 334			
Село	7686	196 578	123 997	118 347	27 776	37 835			
Всего	12 326	507 205	329 975	328 111	83 272	86 169			
1947 г.									
Город	4813	316 820	207 016	243 670	66 399	35 981			
Село	7580	191 905	112 646	124 546	33 239	28 482	33 889	770 271	464 798
Всего	12 393	508 725	319 662	368 216	99 638	64 463			
1948 г.									
Город	4881	313 246	239 919	222 211	40 823	24 753			
Село	2195	148 187	117 665	104 089	22 000	24 720	36 848	710 872	400 177
Всего	7076	461 433	357 584	326 300	62 823	49 473			
1949 г.									
Город	4957	307 175	223 343	247 484	57 066	19 269			
Село	6570	165 276	113 495	121 483	80 230	18 392	39 976	696 531	391 106
Всего	11 527	472 451	336 838	368 967	137 296	37 661			
1950 г.									
Город	5126	304 082	246 515	255 007	48 709	27 205			
Село	6551	164 508	120 931	123 164	29 522	17 889	40 181	731 364	394 123
Всего	11 677	468 590	367 446	378 171	78 231	45 094			

РГАЭ. Ф. 1562. Оп. 18. Д. 320. Л. 5 об.–6; Д. 351. Л. 20; Д. 412. Л. 6 об.; Д. 444. Л. 6 об.–7; Д. 486. Л. 8–8 об.; Д. 550. Л. 9–9 об.

число яслей и количество детей в них в 1949 г. в связи с компенсаторным ростом рождаемости. После небольшого уменьшения количества содержащихся в яслях детей в начале 1950-х годов вновь увеличивается число яслей и наблюдается наплыв детей в них. Так, в 1957 г. насчитывалось 13,4 тыс. яслей, из них в селе – 6,9 тыс. Детей в них было соответственно 609,7 тыс., в том числе в селе – 157 тыс.[11]

Однако минусом яслей была высокая детская заболеваемость, особенно детей до одного года. Между тем именно младенцы до одного года очень активно обслуживались яслями (см. табл. 14). Эта ситуация была устойчивой в связи с малым размером декретных отпусков в городах и отсутствием их в деревне. В деревне особенно были популярны сезонные ясли, куда матери отдавали детей в летний период.

Одной из важнейших государственных проблем было снижение уровня заболеваемости детей. В связи с этим правительством РСФСР был разработан ряд мер по укреплению их здоровья.

В послевоенные годы наблюдалась частая заболеваемость детей туберкулезом, рахитом, пневмонией, трахомой. Сохранялся высокий уровень распространения среди младенцев воспаления легких и желудочно-кишечных заболеваний. В городах РСФСР в конце 1940-х годов 32,9% младенцев умерло от воспаления легких и 28,6% – от болезней желудочно-кишечного тракта.

Особенно активно проводились мероприятия по снижению заболеваемости туберкулезом: число больных детей держалось на довольно высоком уровне – 7 тыс. в год. Пик же пришелся на 1949 г. – 8 тыс. Пик этот не случаен. На детях дольше сказываются последствия пережитого голода и нервных стрессов, и влияние это опаснее. Затем начался спад: в 1950 г. наблюдалось 6 тыс. больных детей.

В 1945 г. в детских туберкулезных больницах содержалось 5,2 тыс. больных. Хотя в этот период штат медицинского персонала больниц и санаториев был далеко не полностью укомплектован, в детских туберкулезных больницах он был укомплектован на 90%[12].

Лечение осуществлялось также по месту жительства и учебы. Система санаториев была разветвленной и гибкой – круглогодичные и сезонные санатории, а также круглосуточные, дневные и ночные. Исключая санатории, подчиненные отделу курортологии Наркомздрава, в 1945 г. насчитывалось 49 тыс. детей в круглогодичных туберкулезных санаториях, 12 тыс. – в дневных

и ночных санаториях, сверх того, 7,5 тыс. – в санаториях для детей до 3 лет[13]. Более 7 тыс. детей лечились в санаториях для больных костным туберкулезом, который был тоже весьма распространен после войны. В 1946 г. в круглогодичных туберкулезных санаториях лечилось 54 тыс. детей, в дневных и ночных – 9 тыс. и 16 тыс. – в санаториях для детей до 3 лет. В 1947 г. эти цифры значительно возросли – в круглогодичных туберкулезных санаториях лечилось уже 80 тыс., в санаториях для детей до 3 лет – 13 тыс.[14], а в 1948 г. соответственно 66 тыс. и 15 тыс. детей[15]. Как видим, в трудные голодные годы система лечения и профилактики туберкулеза заметно интенсифицировалась, и это дало свои результаты.

Борьба с туберкулезом не ослабевала все 1950-е годы. К концу десятилетия в детских туберкулезных больницах лечилось 4,6 тыс. детей, в детских туберкулезных круглогодичных санаториях – 97 тыс. (в год), в сезонных – 1,3 тыс. детей[16]. В эти годы большое внимание уделялось борьбе с различными формами туберкулеза, например костного, железистого, а не только легочного, в том числе у детей раннего возраста.

С октября 1960 г. детей из семей, члены которых страдали туберкулезом, принимали в первую очередь в детские ясли, сады, школы-интернаты с постоянным проживанием.

Особой проблемой были детские инфекции, с которыми медицина вела упорную борьбу. Детские инфекционные клиники обслуживали ежегодно сотни тысяч детей (в 1946 г. – 96 тыс., в 1947 г. на порядок больше – 113 тыс., в 1948 г. – 119 тыс.[17]). Здесь сказались последствия голода, так как наряду с распространением желудочно-кишечных инфекций детей определяли в больницы в связи с голодным истощением, в частности с так называемыми голодными поносами.

На рубеже 1950-х годов система детских инфекционных больниц продолжала расширяться и обслуживать очень большое число детей (в 1950 г. – 137 тыс.[18]). Последствия войны и голода, особенно длительного и латентного, приводят к ослаблению и снижению сопротивляемости организма, к его подверженности различным инфекциям. Такие детские заболевания, как корь, скарлатина, приходилось лечить стационарно. У детей с ослабленным от недоедания и нервного стресса здоровьем часто наблюдались осложнения на печень, почки, зрение, слух. К концу 1950-х годов ситуация почти не изменилась (в 1957 г. в инфекционные больницы поступило 208 тыс. детей)[19]. Увеличилось число

детей в связи с повышением рождаемости на рубеже 1950-х годов, но и больше стало пациентов в детских инфекционных клиниках. Новое поколение не отличалось крепким здоровьем. Борясь за жизнь каждого ребенка, родившегося после войны, медики в городах стремились снизить смертность и последствия для здоровья детей от перенесенных инфекций до минимума. Сельские больницы также обслуживали, особенно в первый послевоенный год, тысячи инфекционных больных. Хронически больные дети получали медицинскую помощь в детских специализированных больницах и санаториях.

Следует отметить быстрое реагирование органов здравоохранения на появление тех или иных групп заболеваний. Так, в связи с опасностью распространения инфекционных болезней стабильно растет число инфекционных больниц: от 1945 к 1948 г. – соответственно с 97 учреждений до 112. Особенно большое число новых больниц в 1948 г. объясняется голоданием населения и увеличением желудочных инфекций, при этом штат больниц все так же недоукомплектован. Растет и число поступающих в них больных: если в 1946 г. это 16,6 тыс., то в 1948 г. – 190,9 тыс. Рост числа поступивших в больницы продолжается и в 1949 г. – 245 тыс. В целях более активного их обслуживания на фоне некоторого уменьшения числа инфекционных больниц почти в 1,5 раза увеличивается количество работающих в них врачей. К 1950 г. при столь же большом числе врачей несколько уменьшается наплыв больных – до 228 тыс. Однако это понижение нестабильно. В стране появлялись вспышки то малярии, то желудочно-кишечных, то легочных, то менингоэнцефалитных инфекций. Проблема лечения стояла остро все 1950-е годы. Так, во второй половине 1950-х годов число инфекционных больниц поднялось до 145, а врачей в них – почти до 2 тыс. человек (в 1946 г. – менее 600). Поступило же только за 1957 г. 435 тыс. больных. Проблема борьбы с инфекциями стояла все послевоенное десятилетие, на ее решение тратились немалые силы и средства. Особо сложные случаи наблюдали в инфекционных клинических больницах. В 1946 г. там пролечились 68 тыс. человек, в 1947–1948 гг. соответственно еще больше – 69–73 тыс. Если на рубеже 1950-х годов в обычных больницах стало несколько меньше инфекционных больных, то в клиниках их число даже увеличилось. Так, в 1950 г. в инфекционные клиники поступило свыше 90 тыс. больных. На клиники, как и на диспансеры, было обращено особое внимание, поскольку пола-

гали, и не без оснований, что помощь клиник более эффективна при инфекционных заболеваниях.

Медицинским учреждениям, как и во время войны, удалось не допустить распространения массовых детских эпидемий.

В начале 1950-х годов прививками было охвачено свыше 90% детей.

Учеными-медиками были разработаны новые вакцины, и к 1957 г. удалось снизить уровень детской заболеваемости брюшным тифом, паратифом, скарлатиной и дифтерией. В 1957 г. новой отечественной вакциной впервые были проведены массовые прививки детей против полиомиелита. В этих целях была предпринята массовая вакцинация детей в яслях, детских учреждениях, школах и поликлиниках. Широкое применение антибиотиков тоже помогало в борьбе с инфекционными заболеваниями.

В борьбе за снижение заболеваемости детей большую роль играли специализированные детские санатории. Мы уже упоминали о существовании специализированных детских противотуберкулезных санаториев, дневных и ночных, круглогодичных и сезонных, где за год проходили лечение тысячи детей (см. табл. 15–16).

Кроме указанных в табл. 15 госбюджетных существовали также хозрасчетные санатории. В 1946 г. в них лечилось 1295 больных.

В 1947 г. было 7 постоянных хозрасчетных детских туберкулезных санаториев на 937 коек, в них находилось 2090 больных. При этом насчитывалось 3 сезонных хозрасчетных детских туберкулезных санатория.

В 1948 г. также действовали хозрасчетные санатории, как входящие, так и не входящие в систему курортного управления Минздрава. Среди них было 6 постоянных детских туберкулезных санаториев, обслуживавших 2,5 тыс. больных, а также 7 сезонных детских, обслуживавших 3,2 тыс. больных, в том числе 3 детских туберкулезных санатория, где получили лечение 1,2 тыс. больных детей.

Существовали также специализированные детские терапевтические санатории и, хотя и немногочисленные, психоневрологические детские санатории. Очень многие дети пережили стрессы в военное время, теряли родителей, близких, на глазах у них гибли родственники. Были дети, которые скрывались, бродяжничали, попрошайничали, занимались воровством. Были и такие, которые непосредственно участвовали в военных действиях,

Таблица 15

Детские санатории в РСФСР (1945–1947 гг.)

Круглогодичные санатории	1945 год				1946 год				1947 год			
	учреждения	койки	поступило больных, тыс.	койко-дни, тыс.	учреждения	койки	поступило больных, тыс.	койко-дни, тыс.	учреждения	койки	поступило больных, тыс.	койко-дни, тыс.
костно-туберкулезные	73	7961	7,0	2426,5	87	9166	8474	2865,1	100	10 909	8112	3310
другие туберкулезные	171	12 940	48,9	3453,3	181	13 992	53 484	3390,1	314	25 798	80,9	8004
для психоневрологических больных	1	100	1,0	33,9	3	232	1126	39,4				
Санатории дневные и ночные					25	1160	8396	307,1				
для туберкулезных больных	30	1687	12,2	423,1	16	698	4885	192,3	50	2685	18 028	811
Санатории для детей до 3 лет					105	5648	16 358	1618,6	102	6077	18 364	
для туберкулезных больных	72	3881	7,5	1076,5	75	4155	9116	1126,8	83	5070	13 378	1533
Санатории сезонные	5	186	0,839	14,5	2	253	127	54,3	9	752	2389	75,6
туберкулезные									9	435	1047	35,0

РГАЭ. Ф. 1562. Оп. 18. Д. 320. Л. 8 об.; Д. 351. Л. 20 об.; Д. 412. Л. 9–10; Д. 444. Л. 9 об.

Таблица 16

Детские санатории в РСФСР (1948–1950 гг.)

Круглогодичные санатории	1948 год*				1949 год				1950 год			
	учреждения	койки	поступило больных, тыс.	койко-дни, тыс.	учреждения	койки	поступило больных, тыс.	койко-дни, тыс.	учреждения	койки	поступило больных, тыс.	койко-дни, тыс.
костно-туберкулезные	93	9920	8039	3150,1	99	11 036	7596	4711,0	104	12 261	7892	4052,4
другие туберкулезные	196	15 786	66 276	4199,0	206	14 752	67 861	3607,4	218	17 035	68 950	4791,2
Санатории дневные и ночные	25	1594	9832	460,1	28	1559	11 077	509,9	26	1535	9252	450,8
для туберкулезных больных	22	1309	8283	391,5	23	1354	9397	454,2	23	1385	7704	409,5
Санатории для детей до 3 лет	114	6895	21 226	1942,2	111	6791	20 736	2037,0	103	6362	19 177	2010,0
для туберкулезных больных	86	5341	15 355	1482,3	90	5571	15 445	1689,1	82	5092	13 510	1649,8
Санатории сезонные	7	498	661	38,6	2	154	745	263,9	6	330	1817	632,0
туберкулезные									2	176	197	345,2

РГАЭ. Ф. 1562. Оп. 18. Д. 444. Л. 9–9 об.; Д. 486. Л. 11; Д. 550. Л. 12–12 об.

* Учтены бюджетные санатории без санаториев, подчиненных курортному управлению Минздрава.

в партизанских отрядах, в рядах действующей армии, в подполье. Дети в военные годы много пережили, у некоторых была расстроена психика. Они нуждались в медицинской помощи. И для таких детей санаториев было явно мало: в 1945 г. – 1, а в 1946 г. их число увеличилось до 3. Коек было немного – от 100 до 200.

Особо важную роль сыграли начавшие функционировать с 1947 г. санатории общего типа для детей до 3 лет. Собиравшие и лечившие прежде всего ослабленных и истощенных детей, они внесли немалую лепту в преодоление желудочных и нервных заболеваний, разрушительных в младенческом и раннем детском возрасте.

Хотя осуществлялась политика по расширению сети санаториев (в конце 1950-х годов и госбюджетных, и хозрасчетных детских санаториев насчитывалось 542), их все равно катастрофически не хватало и попасть в них было непросто, очередь иногда длилась годами.

Особое внимание было обращено на медицинское обслуживание детей с различными увечьями. Остро стояла проблема детей-инвалидов. Для них создавались специальные инвалидные дома. В РСФСР по окончании войны было 64 детских инвалидных дома, в них содержалось 4,3 тыс. детей, в том числе 1,7 тыс. девочек. Детям-инвалидам оказывалась медицинская помощь, осуществлялось протезирование, велся учет нуждающихся в нем, проводилось их обучение.

Принятые меры способствовали улучшению к концу 1950-х годов во всех возрастнополовых группах детей показателей физического развития. В СССР повсеместно вес детей при рождении был выше, чем до войны, в среднем он составлял 3,5–3,7 кг. Рост детей к одному году достигал 75 см, вес – 10–11 кг, к двум годам – соответственно 12–13 кг и 86 см[20].

Было усилено внимание к медицинскому обслуживанию учащихся-подростков в школах рабочей и сельской молодежи. В конце 1940-х годов к этим школам прикреплялись врачи или работники среднего медицинского персонала.

Под наблюдение медиков были взяты учащиеся школ фабрично-заводского обучения (ФЗО) и ремесленных училищ. В основном это была молодежь в возрастных группах 14–20 лет. В Москве, например, уже в начале 1946 г. медицинским осмотром были охвачены 62 870 подростков (96,7%). Одновременно осуществлялся комплекс оздоровительных мер: занятия с подростками физкультурой и спортом, направление в пионерские лагеря, лече-

ние в санаториях, специальное питание и т. д. С 1951 г. в лечебно-профилактических учреждениях начал применяться диспансерный метод обслуживания учащихся школ ФЗО и ремесленных училищ[21].

Таким образом, в послевоенный период активизировались меры демографической политики, направленные на повышение рождаемости, и прежде всего создавались условия для повышения жизнеспособности младенцев и преодоления получивших распространение вследствие войны мертворождений, пороков внутриутробного развития и врожденной слабости новорожденных.

Последствием войны было распространение *безотцовщины, сиротства и беспризорности*. Там, где дети не имели отцов, их матери должны были и материально обеспечивать семьи, и поднимать детей, и ухаживать за престарелыми родителями. Это были семьи вдов, в которых отцы погибли на фронте, умерли от ран и контузий, а также семьи разведенных женщин, где мужья покинули жен. В наиболее тяжелой ситуации, особенно после ликвидации института фактического брака в июле 1944 г., оказались семьи с детьми, рожденными в незарегистрированном браке, чьи отцы не вернулись с фронта. Таким образом дети, родившиеся до войны или в самом ее начале в считавшейся по тем временам законной, полной семье, при совместном проживании обоих родителей, чьи отцы ушли на фронт и пали смертью храбрых, а матери преданно ждали их и не дождались, дети, пережившие известие о гибели отца, вдруг оказались иллегитимными, неполноценными по сравнению со сверстниками, чьи родители были «расписаны» в загсах и сельсоветах. Вернувшиеся с войны мужчины, состоявшие прежде в фактическом браке, регистрировали отношения со своими фактическими женами, тем самым узаконивая собственных детей. Но погибшие на фронтах такой возможности не имели. Их сыновья и дочери были лишены права на законное происхождение, оказались без отцовского имени, пенсии, даже без права на «светлую память». Отношение к таким детям и их матерям со стороны окружающих их людей, включая и родственников, нередко становилось резко отрицательным и унижающим их человеческое достоинство. Последствиями этого явления часто были нервно-психические заболевания детей и подростков, алкоголизм, преступность и т. д. Нелегко складывались и судьбы у матерей, родивших детей вне брака в годы войны и в послевоенное время, что в условиях сильного нарушения в соотношении полов в пользу женщин становилось все более частым

явлением. Государственные же органы, обеспечивая, с одной стороны, таких детей пособием и преимущественным правом на содержание в детских учреждениях, с другой – наносили им психическую и моральную травму, ставя в их свидетельствах о рождении прочерк вместо отцовского имени. Предполагалось, что эта мера укрепит моральные устои женщины, заставит ее избегать внебрачных связей. В этом плане результат оказался малоэффективным, зато огромная моральная тяжесть легла на внебрачных детей начиная с первых дней их жизни.

После войны число матерей-одиночек, никогда не состоявших в браке, год от года возрастало, и в 1946 г. от них родилось 26% всех детей. Многие из них были не в состоянии содержать ребенка и ухаживать за ним. В 1944 г. был издан указ Президиума Верховного Совета РСФСР, по которому детей, рожденных вне брака, разрешалось принимать на государственное обеспечение в Дома ребенка (см. табл. 17) и детские дома. В 1946 г. в Дома ребенка в РСФСР поступило 25 тыс. детей, половина из них – в возрасте до одного года. Из поступивших детей 4 тыс. были круглыми сиротами, 12 тыс. рождены от матерей-одиночек, а остальные – подкидыши, тоже, как правило, от матерей-одиночек, но незарегистрированные. В 1947 г. поступило от матерей-одиночек 18 тыс. детей и подкидышей – 14 тыс.

В целом же в 1947 г. зафиксировано невиданно большое число поступивших в Дома ребенка детей – 42 тыс., из них почти половина в возрасте до одного года. Это связано в значительной степени с вынужденной и активной миграцией из голодающих районов. В страдающих от голода районах мигранты часто отдавали детей, особенно младенцев, в Дома ребенка, надеясь, что там у них будет больше шансов выжить, чем в пути и на новом месте. Оставляли детей не только одинокие матери (незамужние, вдовы, разведенные), но и полные семьи. А поскольку из семей детей в такие заведения не брали, их оставляли без документов. Так увеличивалось число подкидышей. Родители надеялись своего ребенка позже забрать, но не всегда и не у всех это получалось.

В Домах ребенка оказалось немало детей, потерявшихся во время бегства из пораженных неурожаем районов. В 1948 г. приток детей в Дома ребенка несколько уменьшился, но все же был еще довольно значителен. За этот год в Дома ребенка поступило более 23 тыс. детей, и их подбрасывали в эти дома уже не семьи беженцев, а, как правило, женщины, оставшиеся оди-

нокими. Основную часть составляют дети, официально сданные в Дома ребенка матерями-одиночками. О том, что эти женщины раньше имели мужей, пусть и незарегистрированных, но реальных и остались без кормильца в первые послевоенные годы, прежде всего в период голода, говорит тот факт, что среди сданных в 1948 г. детей большую часть, 40%, составляют дети старше одного года. Это дети, чье младенчество прошло в родительском доме, не исключено, что в полной семье, и после смерти отца (или его бегства в более благоприятные районы, так как мигрировали прежде всего работоспособные мужчины) мать уже не может его содержать и временно или навсегда отдает в Дом ребенка.

Таблица 17

Численность детей в Домах ребенка в РСФСР в 1945–1950 гг.
(*тыс. человек*)

	1945 г.	1946 г.	1947 г.	1948 г.	1949 г.	1950 г.
Число учреждений	345	360	420	435	411	411
Поступило за год детей, из них:	19,1	24,5	42	23,1		
сирот		4,0	3,9	2,7		
от матерей-одиночек		12,3	17,7	11,8		
подкидышей		3,8	14,2	4,8		
из них до 1 года	2,4	11	19,8	9		
Число детей на конец года, из них:	16,6	18,7	25,2	24	29,7	29,4
до 1 года		4,3	4,7	3,5		
от матерей-одиночек		7	10,8	12,2		
Домами ребенка отдано детей:						
на усыновление	1743	1680	1676	273		213
взято родными	6563	7557	10 457	8680		1085
на патронат		566	715	300		72
в ОНО						296
умерло	2659	4641	11 592	3998		
из них до 1 года	1400	3503	8111	2525		

РГАЭ. Ф. 1562. Оп. 18. Д. 320. Л. 6–6 об.; Д. 351. Л. 21; Д. 412. Л. 7 об.; Д. 444. Л. 7 об.; Д. 486. Л. 9; Д. 550. Л. 10 об.

В 1950-е годы часть детей подбрасывали матери-алкоголички, часть – молодые незамужние женщины. В середине 1950-х годов в этих домах содержалось 25–26 тыс. детей, как только что отданных, так и поступивших туда ранее.

Судьбы отданных детей складывались по-разному. Значительная их часть в первые послевоенные, особенно в голодные, годы была взята родными или родителями. В 1946 г. таких детей было 7,5 тыс., в 1947 г. – 10,5 тыс., в 1948 г. – около 9 тыс. Но и в 1945 г. забрали их довольно много – 6,6 тыс. Почти по 2 тыс. ежегодно усыновлялись, по нескольку сотен определялись на патронат. Помещение детей в эти годы в Дома ребенка было во многом связано с экономической и бытовой неустроенностью, и, как только удавалось более или менее наладить жизнь, родители или родные (в случае смерти родителей) забирали ребенка. В первый послевоенный год, еще до начала голода, часто родственники находили и забирали ребенка погибших на войне родителей. Усыновление также активно велось все эти годы. На рубеже 1950-х годов наблюдается стабилизация состава детских домов. Те, кто временно оставлял ребенка, а также те, кто искал малолетнего родственника или хотел усыновить хотя бы чужого ребенка, уже это сделали. Остались дети без родителей или покинутые родителями, как правило, матерями-одиночками, навсегда. Родственники подкидышей соглашались с решением матери отказаться от ребенка и уже не интересовались его судьбой. Число детей в Домах ребенка становится стабильным и, заметим, довольно значительным: в них содержится ежегодно по 30 тыс. детей и младенцев. Родные же забирают едва по 1 тыс. в год. В дальнейшем эта ситуация сохранялась, все более и более дома заполнялись детьми-отказниками, которых ни мать, ни тем более отец, как правило неизвестный, ни родственники видеть и знать не хотели. При этом число детей-сирот было незначительное. Усыновление становилось все более редким явлением и к началу 1960-х годов стало в основном встречаться только в художественных произведениях. К этому времени в брачный возраст вступили новые поколения, потерявшие же женихов (реальных и гипотетических) и мужей и оставшиеся после войны одинокими женщины достигли среднего, а то и пожилого возраста. Соответственно молодые пары уже не стремились к усыновлению, рассчитывая иметь собственных детей, а одиноким это было трудно и неактуально: сложилась привычка к одиночеству. Кроме того, из-за преобладания именно брошенных неблагополучными матерями детей воз-

никали боязнь дурной наследственности и предубеждение, что эти дети неполноценны. К сожалению, эту боязнь нельзя считать необоснованной.

Кроме Домов ребенка существовали Дома матери и ребенка. Они предназначались главным образом для матерей-инвалидов. Более всего поступило туда детей в 1947 г. (см. табл. 18). Голод дал о себе знать и здесь, ухудшив физическое состояние и экономическую обеспеченность матерей-инвалидов. Кроме того, они не могли мигрировать и старались устроиться в больницы или в такие учреждения, где был обеспечен хотя бы минимальный уровень питания. Впоследствии на фоне экономической нормализации детей и матерей в эти дома направлялось все меньше, так, в 1958 г. в них по всей России содержалось всего 35 детей.

Таблица 18

Дома матери и ребенка в РСФСР (1945–1950 гг.)

Год	Число учреждений	Число поступивших за год		Число умерших детей
		матерей	детей	
1945	17	341	451	61
1946	20	957	1188	157
1947	22	1083	1562	351
1948	19	560	859	100
1949	13	535		
1950	15	420		

РГАЭ. Ф. 1562. Оп. 18. Д. 320. Л. 7; Д. 351. Л. 21; Д. 412. Л. 7 об.; Д. 444. Л. 7 об.; Д. 486. Л. 9; Д. 550. Л. 10 об.

По подсчетам М.Р. Зезиной, за 9 месяцев 1945 г. в РСФСР было выявлено 256 тыс. беспризорных детей. В областях, подвергшихся оккупации, их было гораздо больше. Число беспризорных, по ее наблюдениям, после войны продолжало расти. В 1947–1948 гг. в детских приемниках-распределителях (ДПР) было зафиксировано почти полмиллиона детей. Процент сирот среди них увеличился с 46% в 1945 г. до 53% в 1947 г. А в 1948 г. численность детей, потерявших родителей и подлежавших учету в Центральном адресно-справочном детском столе, составляла 2,5 млн[22].

Число беспризорных пополнялось не только за счет детей, родители которых погибли в войну. Сиротами стали дети, потерявшие родителей в связи с голодом 1946–1947 гг. Сюда же относились дети, брошенные матерями-одиночками, как правило, рожденные вне брака, а также дети – беженцы из обнищавших или неблагополучных семей. Из районов, охваченных голодом, бежали дети, находившиеся под опекой или попечительством в приемных семьях. Из-за плохого питания увеличилось число детей-беглецов из детских домов, ремесленных училищ, мест трудоустройства. Среди беспризорников оказывались и дети репрессированных родителей. Дети лиц, находящихся в заключении как по политическим, так и по уголовным статьям, подлежали отдаче в детдома и Дома ребенка. Однако из-за нехватки мест в Домах ребенка при аресте матери детей до 4 лет стали отправлять вместе с ней в места заключения. По данным на 1 августа 1948 г., в лагерях и тюрьмах находилось 24 369 женщин с детьми и беременных. В лагерях также существовали Дома младенца. В 1949 г. детей женщин-заключенных, достигших двухлетнего возраста, предписывалось передавать родственникам или в детские дома. Однако число детей в местах заключения по-прежнему оставалось значительным. К весне 1953 г. число заключенных-женщин, имевших при себе детей до двух лет и беременных, составляло 41 791[23].

Детей спецпереселенцев отправляли в район поселения вместе с родителями. Даже в случае смерти родителей эти дети не могли покинуть место поселения и не подлежали усыновлению, но размещались в районе поселения родителей.

Устройством беспризорных детей занимались специальные комиссии райисполкомов, созданные еще в 1942 г. Отдел по борьбе с детской беспризорностью и безнадзорностью входил в состав НКВД. Кроме того, при отделах народного образования были открыты адресные столы, куда поступали сведения о местонахождении беспризорных детей. Часть этих детей отправляли в детские дома. Например, в 1945 г. во Владимирской области было передано в детские дома 27% беспризорных детей, в Ярославской области – 26%, в Москве – 16%. Из 64 тыс. детей, прошедших в 1953 г. через комиссии исполкомов в масштабе СССР, 1,5% было направлено в детские учреждения. Предпочтение отдавалось передаче детей в семьи. В Калининской области 57% беспризорников было устроено в семьи, во Владимирской – более половины всех детей, в Ярославской – около 70%, а в СССР в целом – 74,3%.

В приемные семьи дети поступали на условиях опеки, патроната и усыновления.

Доля опеки была очень высокой. В 1945 г. она составляла более 40%, а в 1953 г. – около 50% от числа всех приемных семей. В этих случаях ребенку назначалась пенсия или страховка после смерти родителей. Если подросток работал или учился, он имел либо личный заработок, либо стипендию. Опекун же никакого пособия не получал, поэтому ими чаще всего становились родственники ребенка.

Патронат действовал недолго. В 1945 г. почти 50% детей были взяты на патронат. Как со временем выяснилось, его целью была выплата семье пособия. Большинство детей при этом было обречено на полуголодное существование, попрошайничество и т. д. К 1953 г. доля патроната сократилась до 28% от всех приемных семей, а в 1968 г. он был отменен.

Усыновлений было немного, всего 10%. В РСФСР к 1945 г. таких детей насчитывалось 308 тыс. Семья, усыновившая ребенка, не получала никакой материальной поддержки со стороны государства. Как правило, на усыновление шли родственники детей или родители, потерявшие в войну своих детей и не имеющие уже возможности по возрасту или состоянию здоровья родить снова собственного ребенка. Президиумом Верховного Совета СССР 8 сентября 1943 г. был принят специальный указ, где отмечалось, что по просьбе усыновителя его фамилия и отчество могут быть присвоены усыновляемому ребенку. Усыновители могли быть вписаны в качестве родителей усыновляемого ребенка в актовые книги о рождении. Однако при усыновлении детей, достигших возраста 10 лет, было запрещено без их согласия присваивать им фамилию и отчество усыновителя, а также записывать усыновителей в качестве родителей. В семьях с усыновленными детьми возникали сложные психологические ситуации, когда они впоследствии узнавали о своем усыновлении. Особенно драматичными становились отношения в таких семьях, когда находились родные родители усыновленного ребенка или один из них.

Беспризорные дети, переданные в детские дома, попадали в разные условия. В 1946 г. в СССР функционировало 5390 детских домов на 560 тыс. человек, в том числе в РСФСР – 3700 детских домов на 375 тыс. человек.

В лучших условиях оказывались дети, попавшие в привилегированные детские дома, например для детей офицеров армии и флота, погибших на фронте (г. Воскресенск Московской области).

Существовали также специальные детские дома для детей фронтовиков и партизан Великой Отечественной войны. Эти дома содержались не только на бюджетные государственные средства, их поддерживали такие общественные организации, как профсоюзы и комсомол. Были также детские дома для детей иностранцев. Несколько специальных детских домов находилось в ведении ВЦСПС. В этих домах снабжение было лучше, помещения хорошо оборудованы, дети одеты и обуты[24].

Однако большая часть детских домов содержалась на средства местных бюджетов. Хорошо, если детдом имел подсобное хозяйство или помощь шефов. Чаще всего дети эти испытывали нужду и в продуктах питания, и в одежде. Кроме того, очень много хищений и злоупотреблений было зарегистрировано в детских домах со стороны сотрудников и преподавателей.

Начиная с 1948 г. организуются специальные санатории для воспитанников детдомов на 657 больных и 77,9 тыс. койкодней. А в 1949 г. кроме санаториев появляются дома отдыха для детдомовцев. Одновременно практиковался вывоз воспитанников за город на дачу, и постепенно детдома оснащались такими дачами. Для нуждающихся же в лечении детей-хроников стали создаваться специальные детские дома санаторного типа. В 1949 г. в них отдыхало и лечилось 304 ребенка, которые провели там 98,7 тыс. койкодней.

Несмотря на лишения, которые испытывали детдомовцы, и недостатки в работе детских домов эти детские учреждения имели целью подготовить воспитанников к квалифицированной трудовой деятельности. Они получали здесь школьное образование, а затем направлялись в ремесленные училища и школы ФЗО, где их обучали определенной профессии. В основном это были рабочие специальности, хотя полное среднее и высшее образование для воспитанников было вполне реальным. В 1947 г. было принято постановление Совета Министров СССР, которое предусматривало создание для детдомовцев специальных учебных заведений. В связи с этим постановлением было открыто 15 таких училищ. В 1949 г. было запрещено отправлять воспитанников детдомов на предприятия без их предварительного обучения в ремесленных или сельскохозяйственных училищах. Что касается среднего специального образования, то сироты, окончившие в детских домах школу-семилетку на «отлично», принимались на полное государственное обеспечение для продолжения образования (1950 г.). А с 1955 г. все воспитанники детских домов,

окончившие семилетнюю школу и принятые в средние специальные учебные заведения, поступали на полное государственное обеспечение до окончания учебы. Многие из них впоследствии получили высшее образование, закончив дневные, а чаще вечерние и заочные отделения вузов.

К середине 1950-х годов содержание детских домов улучшается и в них налаживается питание.

Было обращено особое внимание на медицинское обслуживание детей из детских домов. Так, в постановлении Совета Министров РСФСР от 24 января 1953 г. «О мероприятиях по дальнейшему улучшению медицинского обслуживания воспитанников детских домов» отмечалась необходимость обеспечить детские дома врачами. Посещение врачами детских домов должно было осуществляться по твердому графику: «в городах не реже трех раз в неделю, в сельской местности не реже двух раз в месяц». Одновременно не реже двух раз в год предполагалось проводить медицинские осмотры воспитанников детских домов с привлечением врачей-специалистов. Больные дети направлялись для лечения в стационарные лечебные учреждения. Кроме того, воспитанники, которые подлежали трудоустройству, должны были ежегодно проходить диспансеризацию и нуждающиеся в лечении направлялись в лечебно-оздоровительные учреждения.

С 1950 г. в детских домах стали выявлять и лечить детей, заболевших трахомой. Такие дети в первую очередь направлялись на стационарное лечение.

Существенное внимание уделялось снабжению детских домов продуктами питания. В постановлении Совета Министров РСФСР, принятом в июне 1950 г., подчеркивалась необходимость улучшения снабжения детских домов молоком, овощами, картофелем, фруктами и ягодами. Однако по существующим нормам 1956 г. на одного воспитанника детского дома общего типа приходилось в сутки пшеничного хлеба – 300 г, ржаного хлеба – 300 г, мяса – 100 г, рыбы – 90 г, овощей – 340 г, сливочного масла – 50 г, молока – 250 г, творога – 33 г, сметаны – 17 г, сыра – 10 г, сахара – 60 г и т. д.

Для улучшения питания воспитанников детских домов, располагающихся в сельской местности, с марта 1956 г. стали создавать подсобные хозяйства при детских домах, которые их не имели, а также расширять существующие хозяйства. Детским домам оказывалась помощь в приобретении продуктивного и рабочего скота, сельскохозяйственного инвентаря, семян, минераль-

ных удобрений, а также материалов для строительства животноводческих и хозяйственных помещений. С 1 января 1960 г. в Домах ребенка суточная норма питания детей по молоку и молочным продуктам была увеличена: молока – до 700 г, сметаны – до 20 г, творога – до 30 г. Однако в детских домах и школах-интернатах с особым режимом суточная норма питания по молоку увеличивалась до 500 г.

Школы-интернаты были утверждены в апреле 1957 г. В первую очередь в них принимались дети одиноких матерей, инвалидов войны и труда, дети, для воспитания которых отсутствовали необходимые условия в семье, и сироты. На полное государственное обеспечение вставали дети, не имеющие родителей, и лишь в отдельных случаях – дети из многодетных, малообеспеченных семей.

Итак, в восстановительный период, несмотря на тяжелые условия послевоенного времени, в области демографической политики был предпринят ряд конструктивных мер, обеспечивавших, насколько это было тогда возможно, охрану материнства и детства, социальную защиту беспризорных детей, что в итоге способствовало заметному повышению рождаемости, в том числе за счет так называемой эффективной рождаемости (т. е. с учетом только выживших младенцев). Немалая роль в этом принадлежала и отечественной медицине.

2
Государственная политика по охране здоровья населения

В послевоенные годы важно было восстановить разрушенные в военных условиях лечебно-профилактические учреждения, подготовить медицинские кадры, организовать лечение инвалидов войны, развить курортно-санаторное обслуживание населения, ликвидировать санитарные последствия войны, а также провести санитарно-гигиенические и противоэпидемические мероприятия на всей территории СССР. Реализация этих важнейших направлений, стоящих перед здравоохранением в условиях мирного времени, прежде всего была связана с организационными изменениями в лечебно-профилактической помощи населению[25].

В РСФСР возросло число больничных учреждений. Если в 1940 г. больниц (без госпиталей) было (на конец года, в тыс.)

8,5, то в 1958 г. – 14,2. Выросла численность больничных мест: на 10 000 человек населения в 1940 г. приходилось 44 больничных места, а в 1958 г. – 76. Возросло и число врачей (без стоматологов) – соответственно 7,6 и 17,9.

Как было сказано выше, постепенно восстанавливалась сеть медицинских учреждений на селе. В Краснодарском крае, например, в 1950 г. она превзошла довоенный уровень. В сельской местности действовали 169 больниц на 5363 койки, 371 поликлиника и амбулатория, 92 женские консультации, 765 фельдшерско-акушерских пунктов. В Ростовской области количество сельских больниц увеличилось со 131 в 1940 г. до 156 в 1950 г., больничных коек – соответственно с 2,8 до 3,2 тыс., женских консультаций – с 50 до 61, число врачей в расчете на 10 тыс. человек – с 1,8 до 3,6, среднего медицинского персонала – с 14,5 до 21,5, число больничных коек – с 17,8 до 22,4. В Воронежской области по сравнению с 1940 г. количество больниц на селе возросло со 179 до 198, коек в них – с 8630 до 8984, фельдшерско-акушерских пунктов – с 449 до 634, женских консультаций – с 83 до 103.

Медицинская помощь сельскому населению включала областные, районные, участковые больницы, а также фельдшерско-акушерские пункты, здравпункты в совхозах и на предприятиях. Существовали и санитарно-эпидемиологические учреждения. Кроме того, сельские жители лечились в городских больницах, а также в стационарах научно-исследовательских институтов и клиниках медицинских институтов. Однако уровень медицинской помощи в селах был ниже, чем в городах. В сельских больницах не хватало врачей, особенно специалистов, современного медицинского оборудования, лекарственных препаратов[26].

Восстанавливая и развивая сеть медицинских учреждений, органы здравоохранения стремились разместить их так, чтобы максимально приблизить медицинскую помощь к населению и обеспечить высокий уровень как лечебной, так и профилактической работы. С этой целью строились районные больницы, в колхозах и совхозах открывались фельдшерско-акушерские пункты. С окончанием войны в сельские больницы пришло много демобилизованных из армии медицинских работников, выпускников медицинских институтов. Большое участие в профилактической работе принимало само население, оказывая существенную помощь органам здравоохранения. В 1946 г. более 13 млн человек состояли членами «Общества Красного Креста и Красного Полумесяца».

Вырос уровень госпитализации населения в стране: в городах с 15,2% в 1940 г. до 19,2% в 1950 г., а в сельской местности – с 5,1 до 7,1%.

В связи с увеличением объема работы в поликлиниках в 1947–1949 гг. было проведено объединение поликлиник с больницами в единые лечебно-профилактические учреждения. В новой структуре поликлиники становились отделениями и утрачивали прежнюю самостоятельность. Предполагалось, что эти структурные изменения повысят качество лечебно-диагностической деятельности, прежде всего поликлиник.

Однако в медицинской практике такое объединение породило серьезные проблемы. К примеру, в небольших городах поликлиники были объединены с одной больницей. Больницы, особенно в сельской местности, часто объединялись с отдаленными поликлиниками. Немалые трудности возникали при одновременной работе врачей в больницах и в поликлиниках. Такая система просуществовала до 1962 г. В дальнейшем была восстановлена лечебно-профилактическая самостоятельность поликлиник[27].

В послевоенные годы в городах была значительно улучшена врачебная помощь больным на дому. На дом стали выезжать не только терапевты, но и врачи других специальностей. В их распоряжение были предоставлены машины, оборудованные необходимой для вызовов на дом техникой: электрокардиографами, портативными рентгеноаппаратами и физиотерапевтическими аппаратами. Существенно расширились возможности лабораторных обследований больных в домашних условиях. Таких возможностей у сельского населения, безусловно, еще не было[28].

Быстро налаживалась работа скорой и неотложной медицинской помощи. В июле 1946 г. Совет Министров РСФСР в специально принятом постановлении «О мероприятиях по улучшению работы станций скорой помощи и пунктов неотложной помощи»[29] обязал Советы Министров автономных республик, областные и краевые горисполкомы предоставить помещения станциям скорой помощи и пунктам неотложной помощи; обеспечивать вне очереди ремонт и снабжать автобензином принадлежащие им автомобили. В Москве, например, горздравотдел выделил 30 санитарных машин ЗИС–110 для станций скорой помощи.

В крупных городах был отработан механизм связи диспетчерской службы с населением, а также между станциями скорой и неотложной медицинской помощи. Для ускорения помощи

больным были созданы подстанции скорой помощи. В 1958 г. на основе принятого Советом Министров РСФСР постановления «О мерах по улучшению работы станций скорой медицинской помощи» (28 сентября 1957 г.) в городах РСФСР городские и районные станции скорой медицинской помощи были объединены в единые станции скорой медицинской помощи с подстанциями при них[30]. Эти организационные изменения ставили целью ускорить медицинскую помощь населению в экстренных случаях.

В работе поликлиник широкое распространение получил диспансерный метод, который стал основным в работе как терапевтов, так и врачей-специалистов. Диспансерный метод обслуживания населения распространялся в городах и селах РСФСР на больных онкологией, туберкулезом и такими хроническими заболеваниями, как гипертония и язвенная болезнь. В поликлиниках общего типа работали диспансерные отделения и кабинеты.

Правительством были выделены большие средства на организацию в рамках АМН СССР научно-исследовательских институтов: Института психиатрии (создан в 1944 г.), в 1945 г. – Института экспериментальной и клинической терапии (в 1948 г. переименован в Институт терапии), Института неврологии, Института экспериментальной и клинической хирургии, Института нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко (1945 г.), Института экспериментальной патологии и терапии рака (1951 г.), Института экспериментальной клинической онкологии (1959 г.), Института грудной хирургии (1955 г.), Института ревматизма (создан в 1958 г. при Министерстве здравоохранения РСФСР, с 1962 г. – в АМН СССР) и др.

На базе созданных институтов были разработаны новые методы диагностики и лечебно-профилактической работы. Так, например, был разработан и внедрен в практику метод получения сухой оспенной вакцины (М.А. Морозов), а также бруцеллезной вакцины (П.А. Вершилова, Х.С. Котлярова, П.Ф. Здродовский). Была разработана и внедрена в практику здравоохранения комплексная система мероприятий по снижению заболеваемости населения малярией (П.А. Сергиев и др.). Началось лечение бациллярной дизентерии (Ф.С. Ханеня и др.) и т. д. Разрабатывались и проводились новые операции. А.Н. Бакулев впервые осуществил операцию при врожденном пороке сердца. Ученый также разработал и внедрил в лечебную практику новые методы радикальных хирургических операций при легочных заболеваниях. В.И Казанский, Б.В. Петровский и Е.Л. Березов провели хирургическое лечение

рака пищевода. Разрабатывались новейшая медицинская техника и препараты, среди них аппарат для сшивания кровеносных сосудов (В.Ф. Гудов и др.), транспортно-лечебная шина и аппарат для скелетного вытяжения при переломах бедра (В.А. Панков), препарат для исследования белков (С.Р. Мардашев), лекарственные препараты из лекарственных растений Сибири (Н.В. Вершинин и др.) и т. д. Институты также занимались повышением квалификации медицинских кадров[31].

Отечественные научные разработки и их внедрение в медицинскую практику позволили успешно вести борьбу с туберкулезом, септической ангиной, желудочно-кишечными заболеваниями, венерическими болезнями, а также с малярией, трахомой и другими инфекционными болезнями, распространенными в РСФСР после окончания Великой Отечественной войны. По данным медиков, количество больных малярией во второй половине 1940-х годов исчислялось миллионами. В апреле 1947 г. Совет Министров РСФСР принял специальное постановление «О мероприятиях по снижению заболеваемости малярией». Среди комплексных противомалярийных мер, разработанных правительством, предлагались проведение систематических обследований населения для ранней диагностики заболевания, противорецидивное лечение, а также противомалярийная химиопрофилактика. Предусматривалось ежегодное проведение очистки прудов и каналов. В местах, вызывающих опасность заражения территории малярийным комаром, запрещалось жилищно-бытовое строительство, а также заполнение водохранилищ вблизи крупных населенных пунктов и промышленных предприятий без проведения противомалярийных гидротехнических работ[32]. В этом же году 350 выпускников медицинских институтов были направлены на противомалярийные станции. Реализация намеченных оздоровительных мероприятий привела к позитивным результатам. Так, в период с 1945 по 1952 г. малярия была ликвидирована как массовое заболевание. В 1954 г. противомалярийные станции были соединены с санитарно-эпидемиологическими станциями[33].

Инфекционной и довольно опасной болезнью, опасной не для жизни, но наносящей очень большой, иногда непоправимый ущерб здоровью, была трахома. Заболеваемость и до войны была высока, после же войны усилилась. Особенно опасна была свежая трахома, она могла очень быстро привести к потере зрения, частичной или полной. На лечение трахомы после войны было обращено особое внимание. Тем более что недостаток мыла, мою-

щих и дезинфицирующих средств, особенно в сельской местности, способствовал ее распространению. В конце 1940 – первой половине 1950-х годов правительством РСФСР был разработан и принят комплекс лечебно-профилактических и санитарно-противоэпидемических мероприятий по снижению заболеваемости населения трахомой (1950 г.). Была создана сеть противотрахомных лечебных учреждений (трахоматозных диспансеров и больниц). Если в 1946 г. в таких учреждениях лечилось менее 900 человек, то в 1949 г. – более 3000, в 1950 г. – 4500, в 1957 г. – 28 000[34]. И это не считая детских лечебниц, где обычно проводили комплексное лечение, включая и противотрахомные меры.

Война способствовала распространению заболеваемости населения туберкулезом легких. В 1947–1948 гг. Совет Министров СССР совместно с Министерством здравоохранения СССР приняли специальные документы, содержащие конкретные противотуберкулезные мероприятия. Так, во всех туберкулезных диспансерах были созданы стационарные отделения. Врачи, работающие в этих отделениях, должны были участвовать в диспансерных обследованиях больных и лечить их в стационаре. Одновременно широко вводилось проведение флюорографии населения.

Медики при лечении туберкулеза применяли новые лекарства: пенициллин, альбомицин, синтомицин и др. Все это принесло положительные результаты.

Активно все 1950-е годы действовали и специализированные туберкулезные клиники, и диспансеры, и санатории. Так, в конце 1950-х годов в РСФСР насчитывалось 80 туберкулезных клиник для взрослых, расположенных как в городах, так и в сельской местности, около 500 туберкулезных диспансеров, в основном в городах, 2,5 тыс. поликлиник и амбулаторий (как в городах, так и в селах)[35], имеющих специализированное отделение и ведущих амбулаторный прием туберкулезников.

Большую роль в лечении туберкулеза играли санатории (см. табл. 19). В июле 1956 г. правительство РСФСР предоставило Министерству здравоохранения РСФСР и его местным органам право выдавать путевки в госбюджетные туберкулезные санатории без взимания 20% стоимости путевки больным активной формой туберкулеза, нуждающимся в санаторном лечении. Впоследствии в стационарах было удлинено лечение до 6–12 месяцев больных активной формой туберкулеза. Больным туберкулезом, лечащимся на дому и в амбулаториях, стали бесплатно выдавать противотуберкулезные препараты.

Таблица 19

Санатории и дома отдыха в РСФСР (1945–1950 гг.)

	Число учреждений	Число коек	Поступило больных, тыс.	Койко-дни, тыс.	Число учреждений	Число коек	Поступило больных, тыс.	Койко-дни, тыс.	Число учреждений	Число коек	Поступило больных, тыс.	Койко-дни, тыс.
	1945 год				1946 год				1947 год			
Круглогодичные санатории:												
1. Круглосуточные туберкулезные	72	4640	24,0	1030,5	82	5654	27,6	1307,2	85	5894	27 023	1564,8
костно-туберкулезные	3	97	0,2	22,8	8	398	703	58,9	11	790	1,2	481,4
2. Дневные и ночные									233	8629	65 584	2684,0
для туберкулезных больных	209	7544	53,7	2324,8	226	8257	59,1	2405,8	233	8629	65 584	2684,0
Сезонные санатории:												
туберкулезные	4	532	2,0	57,0	4	656	2,8	81,0	1	100	0,7	23,1
Дома отдыха	3	107	1,2	27,5	1	50	242	7,3				

	1948 год				1949 год				1950 год			
Круглогодичные санатории:												
1. Круглосуточные												
туберкулезные	104	7476	36,7	20046,8	111	8022	43,1	2314,2	112	8596	42,3	2442,4
костно-туберкулезные	13	785	1,2	248,9	9	675	1,5	219,1	36	890	0,8	250,2
2. Дневные и ночные	224	8385	61,2	2316,2	211	7979	55,6	2291,0	209	7917	53,7	2160,0
для туберкулезных больных	223	8329	61,0	2072,1	211	7979	55,6	2291,0	203	7757	52,5	2117,6
Сезонные санатории:												
туберкулезные	1	100	0,6	15,3	1	100	0,3	14,7	1	150	0,3	13,4

РГАЭ. Ф. 1562. Оп. 18. Д. 320. Л. 8 об.; Д. 351. Л. 23; Д. 444. Л. 9; Д. 486. Л. 11–11 об.; Д. 550. Л. 3–3 об.

В 1947 г. кроме представленных в табл. 19 бюджетных санаториев было еще 22 хозрасчетных санатория на 4345 коек, где в течение года лечилось 21 785 больных (90,1 тыс. койкодней).

В 1948 г. также действовали туберкулезные хозрасчетные санатории, как входящие, так и не входящие в систему курортного управления Минздрава, из них круглогодичных насчитывалось 26 санаториев на 4858 коек, где за год вылечилось 28,5 тыс. больных, а сезонных – 8 учреждений на 1396 коек, где вылечился 5341 больной.

В 1949 г. также помимо бюджетных существовали 22 хозрасчетных санатория, из них 7 круглогодичных, остальные – сезонные. В круглогодичных санаториях лечилось 26 тыс. человек, в том числе в грязевых – 13 тыс., в общетерапевтических – 9 тыс. и 4 тыс. – в туберкулезных.

В конце 1950-х годов стабильно действовали около 120 противотуберкулезных санаториев, обслуживавших ежегодно около 55 тыс. больных, сезонных санаториев было всего два, но там принимали лечение сотни больных ежегодно, наконец, ночных санаториев было около 200 и ими обслуживалось ежегодно более 45 тыс. больных[36].

Хотя по борьбе с туберкулезом принимались активные меры, были даже государственные постановления, в 1946–1948 гг. болезнь распространялась по нарастающей. В больницы поступало все больше тяжелобольных (в 1946 г. – 68 тыс. человек, в 1947 г. – 72 тыс., в 1948 г. – 79 тыс.). Кроме того, по 3–4 тыс. человек ежегодно лечилось в сельских больницах. Но на рубеже 1950-х годов поступления новых больных в лечебницы заметно сократилось: в 1949 г. в больницы поступило 37 тыс. человек, в 1950 г. – 22,6 тыс. Произошел явный перелом, и заболеваемость туберкулезом снизилась. В 1950-е годы заболеваемость туберкулезом стабилизируется, в конце десятилетия ежегодно в клиники поступает 22–23 тыс. человек. И хотя сама стабилизация является положительным моментом, однако настораживало прекращение снижения заболеваемости туберкулезом. Иными словами, проблема была далека от решения и требовала внимания на государственном уровне.

Много было трудностей и в борьбе с костным туберкулезом. Как видно из таблиц, в больницах и санаториях соответствующего профиля лечились тысячи людей. Самое большое число больных в послевоенный период поступило в лечебные учреждения в 1949 г. Затем наметился явный спад. Но в

1950-е годы снова наметился подъем заболеваемости костным туберкулезом, в частности в 1957 г. в учреждениях для больных костным туберкулезом лечилось около 4 тыс. человек, вдвое больше, чем в 1949 г. Кроме санаториев активно работали дома отдыха, как правило, общеукрепляющего профиля (см. табл. 19).

Особое внимание уделялось борьбе с инфекционными заболеваниями. Благодаря усилиям медицины в послевоенные годы, как и во время войны, удалось избежать массовых эпидемий. Сеть медицинских учреждений была разветвленной и продолжала разрастаться. Выше отмечались ее мобильность и быстрое реагирование на распространение тех или иных инфекционных заболеваний. С 1945 по 1948 г. на 15% выросла сеть инфекционных больниц. В 1948 г. в связи с голодом открылись новые инфекционные больницы, хотя их штат был по-прежнему недоукомплектован (см. табл. 17). Число поступающих в них больных увеличивалось: если в 1946 г. было 16,6 тыс., то в 1948 г. эта цифра возросла более чем в 10 раз, а в 1949 г. – в 15 раз. Обслуживание больных улучшалось. Увеличивалось и количество работающих в этих больницах врачей.

Как отмечено выше, к 1950 г. уменьшился наплыв больных. Однако положение оставалось нестабильным, поскольку в стране продолжали возникать вспышки разного рода инфекций. Как правило, стационарное лечение в инфекционных больницах было эффективным. Больные, особенно дети, содержались в стационарных условиях до полного выздоровления. К сожалению, инфекционными больницами были обеспечены в основном города. Правда, сельское население широко пользовалось услугами городских медицинских учреждений, в том числе инфекционных больниц.

Вообще острые инфекции разных типов вспыхивали в 1950-х годах достаточно часто, это были гепатит, тиф, паратиф, гастроэнтероколит и т. д. В связи с этим во второй половине 1950-х годов число инфекционных больниц поднялось до 145, а врачей в них – почти до 2 тыс. человек (в 1946 г. – менее 600). Больных же поступило только за 1957 г. 435 тыс.[37] Проблема борьбы с инфекциями была все послевоенное десятилетие достаточно острой. На ее решение тратились немалые силы и средства. Особо сложные случаи наблюдались в инфекционных клинических больницах. В 1946 г. там прошли лечение 68 тыс. человек, в 1947–1948 гг. еще больше – 69–73 тыс. Если на рубеже 1950-х го-

дов в обычных больницах число инфекционных больных чуть снизилось, то в клиниках, напротив, увеличилось. В частности, в 1950 г. в инфекционные клиники поступило свыше 90 тыс. больных. На клиники, как и на диспансеры, было обращено особое внимание, поскольку полагали, и не без оснований, что помощь клиник результативнее при инфекционных заболеваниях.

В первые послевоенные годы в России имела место вспышка *венерических* заболеваний, и в связи с ней активно действовали кожно-венерологические клиники и диспансеры. Так, в конце 1946 г. в России действовало свыше 50 кожно-венерологических клиник, куда за год поступило свыше 22 тыс. больных, из них 14 тыс. горожан и 8,5 тыс. из сельской местности. Прежде всего это были демобилизованные из армии военнослужащие и их жены. Наиболее распространенными оказались в то время острый сифилис, гонорея, шанкр, а из кожных инфекций – чесотка. Кроме больниц их лечением занимались диспансеры, но там больных насчитывалось значительно меньше, всего 5,5 тыс. за год. Ясно, что преобладали эти болезни в острых и тяжелых формах, а их лечение требовало больничного обслуживания, часто стационарного. В 1947–1948 гг. поток больных нарастает. В 1947 г. на лечение в больницы и клиники кожно-венерологического профиля поступило уже 33 тыс. человек, из них 12,6 тыс. – из сельской местности. Более 2 тыс. человек лечилось через диспансеры. Соответственно органами здравоохранения было увеличено и количество больниц (свыше 70), и число обслуживающих их врачей (см. табл. 21). При этом обращает на себя внимание нехватка специалистов: даже в «пиковое» по заболеваемости время, когда борьбе с этими заболеваниями придавалось большое значение на государственном уровне, штаты врачей были недоукомплектованы на 17%. Однако активные меры по лечению, применение препаратов нового поколения и т. д. переломили ситуацию. На рубеже 1950-х годов число больных, обратившихся за помощью в больницы, уже снизилось до 11,8 тыс., а самих больниц – до 7. При этом врачей оставалось по-прежнему много, больницы укрупнились, их штат укомплектовался. Разумеется, какая-то часть больных лечилась нелегально, но лица, заболевшие на фронте, ни уголовно, ни административно не преследовались, подпольное же лечение сурово наказывалось. Кроме того, названные заболевания в этот период часто встречались в столь тяжелых формах, что люди вынуждены были в страхе за собственные жизнь и здоровье обращаться в больницы и клиники. Борьба с венерически-

ми болезнями, и особенно с сифилисом, велась успешно. Число зарегистрированных случаев заболеваний активными формами сифилиса в 1950 г. по сравнению с 1946 г. уменьшилось в 6 раз. Однако и здесь затишье, как и вообще с инфекциями, было временным. В течение 1950-х годов периодически наблюдались вспышки кожно-венерических заболеваний, причем крупные. В частности, после Международного фестиваля молодежи и студентов 1957 г. произошла вспышка сифилиса. Кроме того, в 1950-е годы часты были фактические эпидемии стригущего лишая. Тогда в России действовало большое число диспансеров, часть из которых имела стационары. Туда в этот период ежегодно обращалось как с кожными, так и с венерическими заболеваниями около 100–120 тыс. человек[38]. Правда, в тех случаях, когда болезнь не была запущена, лечение проводилось амбулаторно. Были отработаны методы профилактики и диспансерного лечения хотя бы тех кожных болезней, которые были небезопасны для общего состояния здоровья, особенно перенесенных в детском возрасте.

В послевоенный период наблюдается заметный рост *онкологических* больниц и диспансеров, от онкологических заболеваний гибнет все больше населения. В годы войны онкологическая помощь больным значительно сократилась из-за нехватки врачей – специалистов в этой области, медикаментов, закрытия онкологических учреждений. После войны была не только восстановлена их сеть, но и создана новая структурная единица – онкологический диспансер. При этом сначала, в конце войны, упор делается на лечение в клиниках, а затем все большее развитие получает диспансерное наблюдение, разрабатываются методы выявления онкологических заболеваний на ранних стадиях. В 1946 г. в клиниках проходило лечение 4,9 тыс. больных, еще около 1 тыс. лечилось в диспансерах. В 1947 г. число больных резко увеличивается, в больницах находится уже 10,5 тыс. человек, в 1948 г. – до 17,8 тыс., причем около половины больных – из сельской местности, т. е. уже нельзя назвать онкологию болезнью городов. Около 2 тыс. лечатся в диспансерах.

Принимаются меры по улучшению онкологической помощи населению. Существенное значение имело предложение Н.И. Петрова о создании профилактического направления в онкологии. Массовые профилактические осмотры здорового населения стали осуществляться в СССР с 1948 г. Среди причин увеличения онкозаболеваний прежде всего следует назвать неблаго-

получную послевоенную экологию, изменение радиоактивного фона в связи с изобретением и использованием новых видов вооружений, развертыванием ядерной программы, разработкой новых отравляющих веществ и т. д. При этом новые производства, также далеко не безопасные и вредные, нередко находились в городской черте, вблизи от жилья. Рабочие и служащие этих предприятий не имели достаточных средств защиты, в том числе потому, что сами средства еще не были разработаны и степень их вредности не была ясна. В 1949–1950 гг. в больницах лечится значительно меньше онкобольных, 1,7 и 2,2 тыс. соответственно, зато в диспансерах – по 20 тыс. ежегодно. Во второй половине 1950-х годов в онкологических учреждениях лечатся свыше 60 тыс. больных, из них 54% относятся к сельскому населению[39]. Рак перестал быть городской болезнью.

Как уже говорилось, усилилось внимание к этому типу заболеваний, принимающих массовый характер. Онкозаболевания научились обнаруживать на более ранних стадиях. Хотя в этот период меры борьбы с раковыми заболеваниями еще не результативны, тем не менее имеют место попытки помощи, и не всегда безуспешные. Используются терапевтические и химиотерапевтические методы лечения. Радикальное хирургическое вмешательство на том уровне развития медицины часто ускоряло развитие болезни. Часть больных не переносили операций и послеоперационного периода. Расширялся поиск путей продления их жизни без хирургического вмешательства. В 1950-е годы эти болезни требовали все большего внимания, что, кстати, являлось общемировой проблемой. К сожалению, позже, в 1960-е годы, это направление в медицине отошло на задний план, победила идея операционного лечения, и за те несколько лет, что она господствовала, погибло довольно много больных, в том числе находившихся на ранних стадиях заболевания. Обычно человек с трудом переносил тяжелейшую операцию, а где-то через год умирал, так как рак проявлялся с большей активностью. Только к концу 1970-х, когда начали сочетать хирургию с последующей химиотерапией, операции стали приводить к существенному продлению жизни. Однако в 1940–1950-е годы было многое сделано в области разработки типов и разновидностей раковых заболеваний. Интерес к этой проблеме прослеживается по самим формам медицинской отчетности. На смену сдержанной и закрытой констатации болезни – рак – появляется подробная роспись: рак легких, желудка, пищевода, прямой кишки, костей, кожи, губы и пр.

Следует отметить, что и туберкулезные, и онкобольницы были укомплектованы врачами и медперсоналом: первые – в среднем на 96–97%, вторые – на 92–93% (см. табл. 20–22). Учитывая на то время нужду в медицинских кадрах, можно видеть, какое внимание придавалось лечению этих заболеваний. В послевоенные годы начинается срочная подготовка врачей-онкологов.

В 1950 г. открылся противозобный диспансер, пока еще один, и рассчитан он был на 10 мест, однако туда поступило 85 больных. Проблема частых, а впоследствии массовых заболеваний эндокринной системы, причем в тяжелой форме, возникла в Европе еще перед войной, и она быстро нарастала, в 1950-е годы достигнув России. К рубежу 1960-х годов в России существовало уже 12 противозобных диспансеров, куда ежегодно обращались около 300 больных[40]. Причины до сих пор до конца не выяснены. Разумеется, прежде всего климатические и экологические, возможно, среди причин и влияние новых промышленных производств. И вновь встает проблема влияния на климат (причем долгосрочного влияния) крупномасштабных войн.

Значительно разрослась сеть психоневрологических диспансеров. Если в 1949 г. их было 7 и обслуживали они 5, 5 тыс. больных, из них 1,5 тыс. из сельской местности, то в 1950 г. по РСФСР насчитывалось уже 11 диспансеров с 8,1 тыс. больных, из которых более 3 тыс. из сельской местности, в 1957 г. – 62 на 14 тыс. больных, из них 5,7 тыс. из сельской местности[41]. Кроме того, при поликлиниках существовали специальные отделения и кабинеты, где также проходили лечение тысячи больных ежегодно. Послевоенный стресс давал о себе знать, становилось ясно, что с этой проблемой без медицинской помощи людям не справиться. Трудности того периода усугубляли положение. Самолечение часто проводилось при помощи алкоголя, которым пытались снять послевоенный синдром и мужчины, и часть женщин, и подростки. Среди взрослого и подросткового населения нарастал алкоголизм, который также уже требовал лечения. Кроме того, среди детей военного и особенно послевоенного рождения увеличивалось число имевших психические и психоневрологические заболевания. Следует также учесть влияние нестабильной внутренней и внешней политики: с одной стороны, непрекращающиеся репрессии и преследования по идейно-политическим мотивам, с другой – постоянная угроза войны с Запада с применением средств тотального уничтожения.

В конце 1940-х, а особенно в начале 1950-х годов, здоровью российского населения начинает угрожать новое бедствие – постепенное распространение проказы. Скорее всего, это было связано с перемещениями населения во время войны, а также в послевоенный период в восточные и южные районы СССР, где эта болезнь была более распространена. Лепрозориев насчитывалось немногим более десяти, однако число больных в них с каждым годом увеличивается. Если в 1945 г. таких больных на всю Россию было около 300 человек, то в 1947 г. – уже 900, в 1949 г. – 800, в 1950 г. несколько меньше – 450. Лечение этой болезни проходит сложно, однако ее явно удалось локализовать. Можно предположить, что часть заболевших умерла, однако известно о довольно медленном развитии проказы, для нее характерны многолетние страдания. Но если на рубеже 1950-х годов появилась надежда на уменьшение заболеваемости проказой, то в это же время начало набирать силу новое зло, происхождение которого еще более неясно и, возможно, связано с неблагополучием в экологии и отравлением окружающей среды. Это волчанка. Наличие люпозориев фиксируется в статистике отдельной строкой, число же заболевших растет – в 1949 г. их в городах и селах России было около 600, а в 1950 г. – уже близко к 660, т. е. за год выросло на 10%. Волчанка – болезнь, в целом не характерная для наших широт, с неразработанными средствами лечения. Известны случаи заболевания целых семей, причем молодых, отправившихся по оргнабору на строительство новых объектов в отдаленных районах страны, хотя и на стройках в больших городах иногда наблюдалась сходная картина.

Люпо- и лепрозории были в послевоенные годы недостаточно укомплектованы врачами из-за нехватки подготовленных специалистов по редким и не характерным для России заболеваниям. Возможно, это было одной из причин, по которой удалось лишь временно добиться успехов в этой области. К концу 1950-х годов число обратившихся с проказой вновь нарастает – 1,5 тыс., с волчанкой слегка снижается – около 550.

В 1950-е годы с целью укрепления здоровья населения правительство принимало меры по улучшению санитарного состояния городов. С июля 1955 г. устанавливался контроль со стороны органов милиции за проведением систематической очистки улиц, площадей, парков, дворов и домовладений от мусора и нечистот. В феврале 1958 г. Совет Министров РСФСР принял специальное постановление по ликвидации загрязнения и санитарной охране водных источников[42].

Таблица 20

Отчеты наркомата здравоохранения о сети, деятельности и кадрах медицинских учреждений в РСФСР (1945–1946 гг.)

	1945 год					1946 год (на 31 декабря)				
	Количество учреждений	Количество коек	Число больных	Число врачей		Количество учреждений	Количество коек	Число больных	Число врачей	
				штат	занято				штат	занято
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Городские поселения									
Общие и спецбольницы	1995	185 569	3 428 000	11 247	9966	2089	193 657	3 761 225	12 097	11 421
обслужено сельских жителей								753 239		59
В том числе:										
инфекционные	97	11 895	168 600	680	559	99	12 031	165 557	630	591
обслужено сельских жителей						51	2433	22 789	143	131
кожно-венерологические										
обслужено сельских жителей						12	565	8518	45	43
онкологические								4860		
обслужено сельских жителей								2324		
Клинические больницы	112	39 442	524 300	3178	2915	121	43 036	643 518	3592	3448
обслужено сельских жителей								98 704		

Продолжение табл. 20

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
В том числе:										
инфекционные	12	4395	54 600	343	320	13	4735	67 965	333	316
обслужено сельских жителей								3232		
детские	7	2457	31 500	233	185	9	2897	43 027	279	269
обслужено сельских жителей								3487		
туберкулезные больницы (без учета детских)	209	12 234	65 700	798	695	220	12 476	68 254	811	729
обслужено сельских жителей								13 702		3
детские больницы	295	25 623	290 200	1808	1667	307	27 596	325 528	2009	1889
обслужено сельских жителей								23 638		
В том числе:										
туберкулезные	27	1917	5200	164	143	32	22 522	7077	153	145
обслужено сельских жителей								360		
инфекционные	73	9184	89 900	659	614	73	9762	96 257	701	652
обслужено сельских жителей								4761		
Роддома	426	18 263	430 900	1557	1418	516	22 925	619 765	2099	2006
обслужено сельских жителей								43 206		

Продолжение табл. 20

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Лепрозории	10	944	300	26	24	10	1440	385	52	50
обслужено сельских жителей								175		
Психиатрические больницы	96	32 135	91 000	1326	1098	95	32 888	83 459	1341	1171
обслужено сельских жителей								14 823		
Лечебные дома для психбольных	30	4807	5600	114	87	32	6136	6972	158	135
обслужено сельских жителей								1160		
Тубдиспансеры	28	656	5500			23	549	4405		
обслужено сельских жителей								48		
Вендиспансеры	22	438	4400			21	441	5572		
обслужено сельских жителей								593		
Противомалярийные учреждения	1	5	200							
Противотрахоматозные учреждения	3	55	500			3	45	876		
Онкологические диспансеры						8	213	915		
обслужено сельских жителей								192		

Окончание табл. 20

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Детские лечебницы (противотрахоматозные и др.)	33	2430	3100	47	42	37	2670	4414	65	57
обслужено сельских жителей								2058		
Сельские поселения										
Общие больницы	4694	113 868	22 969	6053	5102	4893	119 369	2 461 547	6488	5704
Инфекционные	14	305	1800	10	10	18	397	4401	20	19
Туберкулезные	28	767	3100	40	26	30	667	3818	39	27
Детские больницы	8	155	3000	8	8	8	175	3642	10	10
Роддома	470	3503	34 900	198	162	510	3891	58 897	211	174

РГАЭ. Ф. 1562. Оп. 18. Д. 320. Л. 1 об.–2; Д. 351. Л. 15 об.–16.

Таблица 21

Отчеты наркомата здравоохранения о сети, деятельности и кадрах медицинских учреждений в РСФСР (1947–1948 гг.)

	1947 год					1948 год				
	Количество учреждений	Количество коек	Число больных	Число врачей		Количество учреждений	Количество коек	Число больных	Число врачей	
				штат	занято				штат	занято
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Городские поселения									
Общие спецбольницы	2147	197 759	4 058 335	12 656	12 263	2202	202 078	4 485 798	14 145	13 725
обслужено сельских жителей			875 676				1 028 599			
В том числе:										
инфекционные	109	117 036	180 727	627	606	112	12 572	190 907	764	740
обслужено сельских жителей			21 260					22 078		186
кожно-венерологические	61	3166	28 377	173	161	71	3446	33 420	223	
обслужено сельских жителей			10 862					12 644		84
онкологические	18	835	10 414	66	63	24	1126	17 709	92	
обслужено сельских жителей			5258					8104		
Клинические больницы	127	44 487	691 651	3799	3694	135	46 840	765 664	4310	4162
обслужено сельских жителей			108 820					132 153		

Продолжение табл. 21

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
В том числе:										
инфекционные	15	4955	72 787	361	346	15	4905	69 356	4310	4162
обслужено сельских жителей			5843					6061		
детские	8	2400	34 382	268	260	10	2745	39 406	380	352
обслужено сельских жителей			989					2404		
Туберкулезные больницы (без учета детских)	219	12 315	72 088	814	767	224	12 719	79 382	847	795
обслужено сельских жителей			18 030					19 839		
Детские больницы	332	29 289	375 872	2198	2140	350	30 637	411 940	2341	2301
обслужено сельских жителей			29 981					36 376		
В том числе:										
туберкулезные	28	1902	7434	137	134	30	2192	7195	155	149
обслужено сельских жителей			489					444		
инфекционные	77	10 423	113 074	788	776	86	11 215	119 386	863	847
обслужено сельских жителей			5286					4954		
Роддома	569	25 205	644 094	2345	2293	593	25 657	671 404	2396	2342
обслужено сельских жителей			53 293					60 984		

Продолжение табл. 21

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Лепрозории	12	1515	653	55	48	10	1555	544	77	67
обслужено сельских жителей			248					84		
Психиатрические больницы	99	35 897	89 985	1451	1331	100	37 739	97 970	1541	1417
обслужено сельских жителей			14 728					27 263		
Лечебные дома для психбольных	28	4605	5376	102	88	27	5165	4782	123	112
обслужено сельских жителей			1028					1362		
Тубдиспансеры	22	509	4433			18	590	4916		
обслужено сельских жителей			88					463		
Вендиспансеры	20	366	3719			10	296	2300		
обслужено сельских жителей			453					372		
Противотрахоматозные учреждения	4	60	935			5	65	1225		
обслужено сельских жителей								10		
Онкологические диспансеры						4	110	1803		
обслужено сельских жителей								887		

Окончание табл. 21

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Детские лечебницы (противотрахоматозные и др.)	37	2822	5994	73	67	36	2805	6863		
обслужено сельских жителей			2020					2041		
Сельские поселения										
Общие больницы	5034	122 136	2 694 003	6648	6242	5195	125 149	2 882 780	7329	6866
Туберкулезные больницы	37	78	4359	47	32	47	1044	4968	54	54
Детские больницы	550	180	4339	10	10	9	235	75 077	249	227
Роддома	9	4298	66 300	240	220	570	4528	369	3	2

РГАЭ. Ф. 1562. Оп. 18. Д. 412. Л. 1 об.–2; Д. 444. Л. 1 об.–2.

Таблица 22

Отчеты наркомата здравоохранения о сети, деятельности и кадрах медицинских учреждений РСФСР (1949–1950 гг.)

	1949 год					1950 год				
	Количество учреждений	Количество коек	Число больных	Число врачей		Количество учреждений	Количество коек	Число больных	Число врачей	
				штат	занято				штат	занято
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Городские поселения									
Общие и спецбольницы	2459	250 136	5 668 650	41 353	40 401	2099	242 619	181 937	47 097	46 097
обслужено сельских жителей			803 809					486 520		
В том числе:										
инфекционные	100	16 179	245 421	1147	1165	90	15 481	227 995	1211	1197
обслужено сельских жителей			20 594					21 942		
кожно-венерологические	15	1797	18 758	132	125	7	1185	11 810	250	246
обслужено сельских жителей			5074					2008		
онкологические	1	132	2199	12	12	1	125	1710	18	18
обслужено сельских жителей			196							
Клинические больницы	134	46 590	801 541	6722	6636	147	51 730	909 387	8258	8148
обслужено сельских жителей			84 907					111 558		

Продолжение табл. 22

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
В том числе:										
инфекционные	13	4730	64 330	374	367	18	6430	91 333	519	517
обслужено сельских жителей			5450					9209		
детские	18	4435	70 199	567	565	24	5040	81 041	1051	046
обслужено сельских жителей			4671					8772		
Туберкулезные больницы (без учета детских)	105	6591	37 246	458	435	46	4540	22 615	351	353
обслужено сельских жителей			7081					4038		
Детские больницы	377	35 427	505 826	3500	3473	277	24 286	403 854	5982	5923
обслужено сельских жителей			41 236					38 896		
В том числе:										
туберкулезные	35	2573	8033	197	191	31	2130	6224	154	151
обслужено сельских жителей			426					567		
инфекционные	95	11 229	121 425	934	924	93	11 946	136 593	1698	1627
обслужено сельских жителей			6723					7772		
Роддома	548	25 571	764 810	2686	2631	451	27 071	804 344	3763	3730
обслужено сельских жителей			62 459					59 716		

Продолжение табл. 22

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Лепрозории	10	1598	642	81	71	9	1283	323	62	49
обслужено сельских жителей			154					128		
Люпозории	1	125	387	10	10	1	125	426	10	9
обслужено сельских жителей			225					235		
Психиатрические больницы	87	36 579	94 967	1560	1461	86	39 425	104 723	1766	1675
обслужено сельских жителей			21 573					29 109		
Лечебные дома для психобольных	28	6715	9003	201	179	24	5194	5788	153	139
обслужено сельских жителей			1730					2818		
Тубдиспансеры	128	6277	44 216	1366	1324	201	9638	68 761		
обслужено сельских жителей			13 234					19 397		
Вендиспансеры	78	2907	30 985	554	536	115	4298	46 823		
обслужено сельских жителей			13 866					14 485		
Противотрахоматозные учреждения	3	171	2528	25	24	7	302	3382		
обслужено сельских жителей			659					1071		

Окончание табл. 22

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Онкологические диспансеры	28	1232	20 632	312	295	36	1403	20 194		
обслужено сельских жителей			10 727					3683		
Детские лечебницы (противотрахоматозные и др.)	26	402 889	4813	55	52	19	1430	3352	44	40
обслужено сельских жителей			1314					1167		
Сельские поселения										
Общие больницы	5329	129 605	3 418 488	15 175	14 016	5910	140 253	3 563 083	20 645	17 819
Туберкулезные больницы	52	1224	5210	79	70	27	924	3433	61	54
Детские больницы	14	585	4644	18	16	8	490	1196	24	19
Роддома	465	3543	66 817	189	176	195	1643	29 683	230	211

РГАЭ. Ф. 1562. Оп. 18. Д. 486. Л. 2 об.–3; Д. 550. Л. 3–3 об.

Тяжелым следствием войны было резкое увеличение численности инвалидов в стране. Только в одной Москве в августе 1946 г. амбулаторно-поликлиническими учреждениями было взято на учет 52 560 инвалидов[43].

Даже через пятнадцать лет после окончания войны в стране было зафиксировано заметное увеличение числа нетрудоспособных, что подтвердила перепись населения 1959 г.[44] Среди них были не только люди преклонного возраста, но и принадлежащие к различным возрастным группам инвалиды Великой Отечественной войны.

Война изменила и структуру инвалидности. Согласно проведенным исследованиям, наиболее распространенным видом последствий ранений военных лет стали остаточные явления травм головного мозга, огнестрельные остеомиелиты и болезни культей, поражения периферических нервов, а также органов зрения, грудной клетки, позвоночника и спинного мозга, органов брюшной полости, челюстно-лицевой области, заболевания внутренних органов, полученные на фронте, ложные суставы и незаживающие раны. Причем эти осложнения давали о себе знать в течение восьми лет после ранения более чем у половины больных, лечившихся в госпиталях. Рецидивы осложнений (воспалительных процессов в области ранения) проявлялись с промежутками до трех лет. Это приводило к снижению продолжительности жизни. Инвалиды психоневрологического профиля (психозы, остаточные явления закрытой травмы черепа) преждевременно дряхлели, впадали в психопатическое состояние и т. д.[45]

Особое внимание обслуживанию инвалидов Великой Отечественной войны уделяли министерства социального обеспечения, действовавшие на союзном и республиканском уровнях. В министерствах активно работали отделы трудоустройства и материально-бытового обслуживания инвалидов Великой Отечественной войны. В ведении этих министерств находились интернаты и дома для инвалидов. Непосредственно министерствам были подчинены врачебно-трудовая экспертиза (ВТЭК), протезирование, а также общества слепых и глухонемых.

Инвалиды Великой Отечественной войны были обеспечены повышенными пенсиями. Инвалиды из рядового состава, работавшие до призыва на военную службу в качестве рабочих и служащих, получали пенсии в размере: инвалиды 1-й группы – 100% от прежнего заработка; 2-й группы – 75% и 3-й группы – 50%. Если заработок превышал 400 рублей, то пенсия начислялась ис-

ходя из 400 рублей. Инвалиды из сержантского и старшинного состава получали пенсии с надбавкой в 25%. Размеры пенсий инвалидов офицерского состава зависели от воинского звания и оклада[46].

Совет Министров РСФСР в апреле 1957 г. принял специальное постановление, устанавливающее ежемесячные пособия (100 рублей в месяц проживающим в городах, рабочих и курортных поселках, 85 рублей в месяц проживающим в сельской местности и дачных поселках) инвалидам 1-й и 2-й групп, в том числе слепым, глухонемым и другим категориям инвалидов, не получающих государственных пенсий и не имеющих источников дохода и родственников, их содержащих, а также связи с сельским хозяйством. Инвалидам без обеих рук предоставлялось право бесплатного проезда на всех видах внутригородского транспорта, кроме такси. В январе 1958 г. инвалидам с полной утратой трудоспособности кассы общественной взаимопомощи в колхозах должны были систематически выдавать безвозвратные натуральные и денежные пособия[47].

Инвалидов, частично утративших трудоспособность, устраивали на работу на обычные предприятия и в учреждения, обеспечивая их производственное обучение и переобучение за государственный счет. В этих целях были созданы специальные школы, курсы для обучения новой профессии с учетом состояния здоровья инвалидов. Одновременно они проходили восстановительное лечение в специально созданных госпиталях. Госпитали за время войны накопили огромный опыт в области восстановления здоровья: только в военные годы их усилиями были возвращены в строй 72% раненых и 90% больных.

Для инвалидов с тяжелыми увечьями и слепых, которые не могли работать на обычных предприятиях или в учреждениях, была организована специальная кооперация, где были созданы особые условия для их работы. Широкое распространение среди инвалидов получило надомничество.

В 1950 г. 91% инвалидов Великой Отечественной войны был трудоустроен.

Кооперации инвалидов были разнообразного профиля: швейные, полиграфические, пищевые, кожевенные, мебельные. Артели инвалидов имели предприятия по бытовому обслуживанию – парикмахерские, прачечные и торговые точки. Члены этих артелей пользовались преимущественным правом на работу в книжных и газетных киосках, в розничной торговле. Государство

оказывало большую помощь кооперациям инвалидов, предоставляя им кредиты, оборудование и сырье. Члены кооперации должны были внести вступительный и паевой взносы. Кроме заработка они получали часть прибыли артели, которая распределялась по решению ее общего собрания. Рабочий день укорачивался до 7–6 часов. Нормы выработки дифференцировались по инвалидным группам. До 1953 г. эти артели объединялись в областные, краевые и республиканские союзы кооперации инвалидов, а с 1953 г. были объединены с промысловой кооперацией в Совет промысловой кооперации.

Валовая продукция кооперации инвалидов за 1946–1950 гг. выросла по сравнению с довоенной в 1,8 раза (в 1940 г. она составляла свыше 2 млрд рублей в год), почти в три раза увеличилось число кооперативных торговых точек[48].

В тех случаях, когда инвалиды 1-й и 2-й групп нуждались в постороннем уходе и постоянном врачебном наблюдении, но не имели родственников, им предоставлялась возможность находиться в инвалидных домах. Инвалидные дома состояли на полном государственном обеспечении, медицинском и культурном обслуживании. Инвалиды в зависимости от состояния здоровья вовлекались в различные трудовые процессы. При инвалидных домах создавались подсобные хозяйства: мелкого животноводства, птицеводства или овощные, в зависимости от местных условий. Для инвалидов войны, больных туберкулезом и нервно-психическими расстройствами, были созданы инвалидные дома больничного типа, снабженные вспомогательными лечебными учреждениями и лечебно-трудовыми мастерскими. Для инвалидов были организованы и дома-интернаты. Они имели вид общежития с государственным содержанием для одиноких бездомных инвалидов, временно утративших трудоспособность.

В 1946 г. из 364 инвалидных домов 66 были домами для инвалидов Великой Отечественной войны. В них находилось 4,8 тыс. человек, в том числе 670 женщин. В 1947 г. специальных домов для инвалидов войны в РСФСР стало больше на 4, и в них жили 3,6 тыс. человек. В 1948 г. домов было 63, в 1949 г. – 54, находилось же в них соответственно 3,6 и 3,1 тыс. человек. Как видим, количество домов для инвалидов Великой Отечественной войны постепенно убывает, как и численность находящихся в них людей. На то было несколько причин: часть инвалидов улучшили свое здоровье и смогли жить вне условий инвалидных домов, некоторых взяли на попечение родственники, не следует

забывать и о высокой смертности инвалидов вследствие полученных на фронте ран и болезней[49].

В послевоенный восстановительный период недостаток государственных средств отрицательно сказывался на содержании домов-интернатов и инвалидных домов, и их обеспечение зависело во многом от организации подсобных хозяйств.

На правительственном уровне перед медицинскими работниками была поставлена задача первоочередного обслуживания инвалидов Великой Отечественной войны. Эта проблема обсуждалась на сессии Верховного Совета СССР в марте 1946 г., где стоял также вопрос об организации производства усовершенствованных протезов[50].

В научно-исследовательских институтах АМН СССР разрабатывались новые методы диагностики и лечебно-профилактической работы с учетом специфики лечения инвалидов Великой Отечественной войны. В Институте экспериментальной и клинической хирургии были созданы ноые конструкции протеза ноги (Б.Ф. Ефремов и др.) и активно-косметического протеза кисти руки (В.А. Никонов и др.). А.Н. Бакулев разработал и внедрил в лечебную практику методы радикальных хирургических операций при легочных заболеваниях. Б.А. Петров осуществил свободную пересадку кожи при больших дефектах. Эта операция имела особое значение для участников Великой Отечественной войны, получивших ожоги в танках[51].

Особо важное значение имело быстрое развитие после войны в СССР и, в частности, в РСФСР пластической (восстановительной) хирургии, позволявшей устранять оставшиеся от ран обезображения, дефекты тканей, нарушения функций органов. Трудами советских ученых (А.Э. Рауэр, Н.А. Богораз, П.А. Герцен, И.И. Джанелидзе и др.) были достигнуты значительные успехи в пластических операциях.

Проводились операции по устранению всевозможных изъянов и уродств лица (в том числе рубцовых поражений, часто встречающихся у инвалидов войны); операции по восстановлению гортани, пищевода (искусственный пищевод из кожи или кишки – разработка советских хирургов П.А. Герцен, С.С. Юдина, швейцарского хирурга Ц. Ру), половых органов, мочевого пузыря; пластические операции по устранению повреждений черепа. Осуществлялись многочисленные ортопедические операции по поводу дефектов конечностей: ложного сустава (пересадка кости), анкилоза суставов (артопластика), искривления конечнос-

тей (остеотомия), а также образование двухпалой клешни на ампутированном вследствие ранения предплечье вместо отсутствующей кисти с пальцами.

После Великой Отечественной войны появилось большое число работ, обобщающих методику и опыт, накопленный медициной в области восстановительной хирургии[52].

Большую помощь государство оказывало инвалидам в протезировании. В стране была расширена сеть государственных протезных заводов, которые изготовляли полуфабрикаты, а сборка протезов производилась на протезно-сборочных заводах и в протезных мастерских. Кроме лечебных и постоянных были предусмотрены рабочие и косметические протезы. Первые предназначались для выполнения специальных работ в соответствии с профессией протезируемого и его образом жизни. Изготовлялись искусственные ноги для сельскохозяйственных работ, искусственные руки для счетоводов и машинисток. Эти протезы особенно были важны при потере обеих рук или ног. Был налажен выпуск косметических протезов, которые маскировали увечье. Эти протезы выдавались в основном бесплатно инвалидам Великой Отечественной войны. Так, с июля 1951 г. правительство Российской Федерации установило бесплатную выдачу инвалидам войны индивидуальных глазных протезов[53]. Были разработаны мероприятия по улучшению ушного протезирования.

С апреля 1959 г. в РСФСР стала систематически проводиться работа по выявлению граждан с частичной потерей слуха, нуждающихся в протезировании. Такие больные направлялись в пункты ушного протезирования[54].

Для инвалидов войны специально выделялись койки в больницах и госпиталях, где проводилась подготовка к протезированию.

Однако в обслуживании инвалидов, нуждающихся в протезно-ортопедических изделиях, существовало немало сложностей. Прежде всего не хватало ортопедических протезов, поскольку протезных заводов явно было недостаточно. Инвалидам предстояло выстоять длинную очередь, прежде чем получить протез. Часто в автономиях на всю республику работал всего один протезный завод, который не мог удовлетворить запросы всех желающих. Кроме того, научные разработки в области протезирования медленно внедрялись в производство, а большая часть протезов была тяжелой, неуклюжей и натирала культи. Еще сложнее дело обстояло с производством инвалидных колясок, дефицит

которых ощущался очень остро. Кроме того, коляски требовали усовершенствования управления.

В связи с неблагополучным состоянием дел в области протезирования было принято Особое Постановление Совета Министров РСФСР от 29 ноября 1952 г. «О недостатках в работе протезной промышленности Министерства социального обеспечения РСФСР и в обслуживании граждан, нуждающихся в протезно-ортопедических изделиях»[55]. В этом постановлении было вменено в обязанность участковым врачам и военным хирургам своевременно выявлять инвалидов Великой Отечественной войны, нуждавшихся в протезировании. Предписывалось организовать диспансерное наблюдение за инвалидами, пользующимися протезами, а также ввести в практику лечебно-хирургическую подготовку инвалидов к протезированию.

Было обращено внимание на улучшение обслуживания слепых инвалидов Великой Отечественной войны. С мая 1946 г. они освобождались от уплаты подоходного налога с получаемой ими заработной платы. В постановлении Совета Министров РСФСР от 17 января 1953 г. отмечалась необходимость соответствующим научно-исследовательским институтам разработать вопросы, связанные с охраной остаточного зрения у слепых[56].

В 1956 г. в РСФСР впервые были созданы всероссийские общества: в январе 1956 г. – слепых, а в апреле – глухонемых (в ноябре 1959 г. преобразовано во всероссийское общество глухих). Они помогали приобщить слепых и глухих к общественно полезной трудовой деятельности, улучшить их культурно-бытовое обслуживание и т. д.[57]

3
Проблемы повышения образовательного уровня разных поколений населения и государственная политика

Тяжелые последствия войны не миновали и сферу образования. В послевоенные годы остро обозначились две проблемы, требующие срочного решения. Первая была связана с тем, что в стране резко выросло число неграмотного и малограмотного населения, прежде всего за счет молодежи. Прежде всего это обстоятельство объяснялось тем, что на оккупированной гитлеровцами территории подавляющее большинство школ было закрыто. Дети

там оставались вне обучения с сентября 1941 г. до освобождения территории от германских захватчиков.

Дети, оказавшиеся в прифронтовых районах, где шли бои, также не всегда могли учиться в школах.

В тыловых районах дети и подростки, прервав занятия в школах, вынуждены были заменять в поле и у станков на заводах и фабриках ушедших на фронт отцов и братьев. Многие из них успели к началу войны закончить лишь 1–2 класса начальной школы.

Среди взрослого населения, обучавшегося в процессе массовой ликвидации неграмотности до войны в школах ликбеза, на курсах, просто у инструкторов, знания грамоты были зыбкими и незакрепленными.

Уместно напомнить здесь, что проведенная в предвоенное время, в 1939 г., перепись населения не показала сплошной грамотности. Свыше 90% грамотных насчитывалось среди мужчин в городах, село же в этом отношении отставало от города, а женщины – от мужчин. Во всех возрастных группах населения имелись неграмотные. Даже среди детей, подростков и молодежи 9–19 лет в городах был 1% неграмотных, а среди той же группы в селе – 3%, в группе же взрослого населения, 20–49 лет, – соответственно 7 и 20%. Критерий грамотности был очень низким. Напомним, что грамотным в тот период считался человек, умеющий читать по складам на родном или русском языке и расписаться. Но даже при таком критерии грамотных среди женщин было особенно мало. Так, в селе каждая третья русская женщина в возрасте старше 30 лет была абсолютно неграмотна или малограмотна. Что же касается национальных районов, то уровень женской грамотности там был еще ниже. Так, среди народностей Дагестана, черкесов, ингушей, ойротов и т. д., проживающих как в городской, так и в сельской местности, женщины в подростковом, молодом и среднем возрасте от 9 до 49 лет были на 45–60% неграмотны.

В годы войны даже те из женщин, кто освоили элементарные азы грамотности, в основном их забыли, так как на женские плечи легла вся мужская работа на заводах, фабриках, в колхозах. Долгий период времени и женщины, и подростки, и дети жили в условиях огромного физического и нервного напряжения, переживали тяжелейшие стрессы, болезни, травмы, были истощены от сильных перегрузок и недостаточного питания.

Прежде всего было необходимо восстановить старые и построить новые школьные помещения, поскольку в районах окку-

пации и военных действий целые города и села, в том числе и школы, были сожжены или разбомблены. Во многих местах торчали лишь закопченные печные трубы.

Правительство рассматривало восстановление школ как одну из первоочередных задач, и в этом направлении было сделано очень много. Школы восстанавливались по мере отступления фашистской армии и освобождения оккупированной территории. Развернулось строительство новых школьных зданий. Если в 1940/41 г. школ насчитывалось 116,9 тыс., то в 1959/60 г. их стало 127,9 тыс.[58] Началось возрождение школ рабочей и сельской молодежи. Но таких школ было еще очень мало.

Не менее сложной и насущной была проблема учительских кадров. Многие преподаватели школ, сражавшиеся на фронтах Великой Отечественной войны, погибли или не смогли вернуться к своей профессии вследствие тяжелых ранений и инвалидности. Надо было срочно готовить учительские кадры. Однако их подготовка в педагогических училищах и институтах требовала длительного времени, как минимум 3–4 года, особенно если речь шла о специалистах-предметниках.

Решалась она по-разному, порой за счет качества обучения, особенно в сельских школах. В начальной школе преподавали часто выпускники средних школ, не имевшие специального педагогического образования. В лучшем случае их готовили на трех-шестимесячных курсах, где успевали им сообщить лишь элементарные знания по педагогике. Чаще всего такие курсы организовывались при педучилищах.

В средней школе места специалистов-предметников в основном были заняты практиками-преподавателями с большим стажем педагогической работы, не имевшими при этом специального образования.

В ряде школ, особенно сельских, преподавательский состав был недоукомплектован, и дефицит покрывался за счет учителей, преподававших смежные дисциплины. Но не всегда дисциплины были смежными. Один и тот же преподаватель, случалось, вел несколько предметов – биологию, химию, математику и физику или географию, историю и литературу и т. д. Как правило, в школах малых провинциальных городов, а также сел не было преподавателей иностранных языков. Но и в столичных городах за преподавание иностранного языка брался иногда тот же учитель, который преподавал и русский язык, и литературу, и историю.

Вопрос укомплектования кадрового состава школ решался, хотя бы временно, директивным путем. Как известно, в вузах существовало обязательное распределение в самые отдаленные уголки сельской местности, и не только в институтах педагогического профиля, в начале 1950-х годов оно было введено и в университетах. В соответствии с распределением выпускник должен был отработать по месту назначения три года. Надеялись, что если педагоги и не приживутся в школах, то хотя бы на какое-то время там будет обеспечен высокий уровень подготовки учащихся.

Однако на практике лишь небольшая часть выпускников педагогических вузов, а тем более университетов оседала в местах распределения. В основном это были либо сельские жители, либо жители малых городов. Причин здесь несколько. Это и разница между городом и деревней в уровне жизни по всем параметрам, и усилившаяся в послевоенное время миграционная волна молодежи из села в город, и т. д. Но были и иные причины. Прибыв на место, выпускник прежде всего сталкивался с отсутствием жилья. Его подселяли в какую-нибудь избу, где он снимал угол и вынужден был из своей мизерной зарплаты платить хозяйке за проживание. В зимнее время в этой избе приходилось даже жить вместе с телятами, поросятами и курами. Редко, когда удавалось устроиться при школе, но там были свои неудобства. Это обстоятельство часто служило для прибывшего преподавателя основным поводом для освобождения от распределения. Кроме того, молодые специалисты сталкивались с так называемыми практиками – местными учителями, которые не хотели покидать школы. Директора школ не спешили с ними расставаться, поскольку они были стабильными работниками и вообще – «своими». На «залетных» молодых специалистов смотрели как на гастролеров. Директора с легкостью помечали им в документах, что свободных мест в школе не имеется. Молодые педагоги, в свою очередь, были рады этим отпискам.

Существовал и другой негативный момент в состоянии школьного образования. Из школ в годы войны ушли и не вернулись по ее окончании мужчины-преподаватели. Одни погибли, а другие после войны по причине очень низкой оплаты тяжелого учительского труда нашли другую, более высокооплачиваемую работу, часто меняли профессию. Престиж уважаемой в прошлом профессии педагога быстро падал. Начался необратимый процесс феминизации школы. В педагогических вузах обучались преиму-

щественно девушки. Юноши, даже закончившие педвузы, стремились найти себе другую работу. Особенно сильный вред нанесло в этом плане раздельное обучение мальчиков и девочек.

В мужских школах было очень трудно наладить дисциплину. Порой женский педагогический коллектив с трудом справлялся с учащимися. Известны случаи, когда в мужских школах ученики подросткового возраста прямо на уроках распивали спиртные напитки, играли в азартные игры. В школьных зданиях и дворах бывала и поножовщина.

Еще одна трудность в школьном обучении заключалась в том, что на освобожденных от оккупации территориях страны в школах был необходим психолог для особой группы учащихся девочек, для которых специально пришлось создавать и готовить воспитателей и преподавателей. Долгое время эта проблема замалчивалась в нашей научной литературе и массовой печати. Дело в том, что немецкие власти на захваченных территориях устраивали многочисленные дома терпимости для офицеров и солдат вермахта. Туда набирались в основном девочки-подростки начиная с 13 лет. Требовалось вернуть этих малолетних проституток к нормальной жизни, в том числе в школы. Одни из них были сиротами, другие не хотели возвращаться в свои семьи, боясь, что их не воспримут не только соседи, но и родители, братья и сестры. За редким исключением по этим причинам их направляли в детские дома. Специальные группы воспитателей работали в детских домах и при райкомах комсомола. В школах эти учащиеся представляли собой трудновоспитуемую группу. С одной стороны, это были девочки, пережившие стресс и имевшие проблемы психического плана, а с другой – в эту группу входили и такие, кто привык к праздной «сладкой» жизни, развращенные и воспринимавшие учебу как тяжелую обузу. Каких-либо специальных классов для них не существовало, они вливались в общие коллективы учащихся. К чести преподавателей и воспитателей, в основном эту специфическую группу учениц удалось приобщить к нормальной жизни.

В районах массовой эвакуации школы пополнялись квалифицированным педагогическим персоналом, особенно из Москвы или Ленинграда. Это было важно не только для учеников, но и для местных преподавателей. Многие научные работники из столичных вузов, филиалов Академии наук, крупнейших музеев вели преподавательскую работу в школах. Они щедро делились своей эрудицией с учащимися, читали факультативы, вели пред-

метные кружки, устраивали творческие встречи и т. д. В г. Свердловске в одной из средних школ был основан театр с серьезным репертуаром, которым руководила актриса и работник ленинградского дома культуры Г.А. Загарова. Ученики старших классов казанской средней школы № 11 имели возможность посещать и слушать прекрасные лекции по новой истории академика Е. Тарле. В составе педагогического коллектива той же школы работали кандидаты наук. Учащимся читали во внеучебное время курсы экономической географии, западноевропейской литературы и искусства и т. д. К сожалению, некоторых из этих преподавателей коснулась так называемая кампания борьбы с космополитизмом, что не могло не вызвать у учащихся состояние стресса.

За множеством самых разных проблем средней школы, решаемых с большим или меньшим успехом, сразу в первые послевоенные годы был упущен один важный момент. Не все дети школьного возраста, в том числе и восьмилетние, смогли переступить порог школы, продолжая оставаться неграмотными или малограмотными. Не были охвачены обучением грамоте и взрослые люди.

Что касается детей школьного возраста, причин тому много. Несмотря на существовавший уже во второй половине 1940-х годов запрет использования детского и подросткового труда, они продолжали работать, особенно те из них, кто потерял кормильца-отца. Кроме того, некоторые семьи не имели материальных возможностей отправить детей в школу, хотя обучение в начальной и неполной средней школе было бесплатным. Но для посещения школы ребенка необходимо было снабдить теплой одеждой, а в крупных городах – деньгами для проезда в транспорте и т. д. Школьные принадлежности: тетради, ручки, чернила и прочее – были недороги, но требовалось их довольно много, и вкупе, особенно если в семье было несколько учащихся, получалась сумма, для семейного бюджета чувствительная.

Учебники выдавались бесплатно, однако они имелись не по всем предметам и часто по одному экземпляру на несколько учеников. Тем не менее проблема с учебниками так или иначе решалась для тех, кто пошел учиться.

Особенно трудно было в сельской местности, где после войны многие школы были разрушены, сожжены, использовались как жилье для оставшихся без крова семей. В итоге школы, даже начальные, были нередко удалены от места проживания

учащихся. Не все родители решались отпускать ребенка в школу, находившуюся в нескольких километрах от жилья. А когда такой ребенок достигал подросткового возраста, то уже шел работать, оставаясь малограмотным или вовсе неграмотным.

В правительстве, хотя оно и было убеждено в высоком уровне грамотности населения в стране, все же беспокоились по поводу работы с неграмотными и малограмотными взрослыми и даже выделяли на это денежные средства. Но на местах эти средства, как правило, не реализовывались. Мало того, все пункты ликбеза были закрыты почти повсеместно. Между тем число неграмотного населения разного возраста росло, особенно в деревнях.

В канун предстоявшей переписи населения 1959 г. было решено выяснить действительное положение вещей в области грамотности и образования. В этих целях в 1957 г. была проведена выборочная предварительная перепись. Из переписанных в городах в возрасте от 9 лет и старше 736 тыс. около 50 тыс. человек назвали себя неграмотными, что составило 6,8% от всех респондентов. Основную массу неграмотных составляли женщины пожилого возраста. Следует заметить, что к этому времени население городов (в первую очередь поселки городского типа, малые города) успело пополниться за счет жителей деревни[59].

В срочном порядке была развернута широкомасштабная кампания по ликбезу. ЦК КПСС и Совет Министров СССР приняли постановление «О ликвидации неграмотности среди населения»[60], в котором Центральные Комитеты компартий и Советы министров союзных республик обязывались принять неотложные меры по полной ликвидации неграмотности среди населения. Рекомендовалось к этой работе подключить учителей, работников общественных организаций, в том числе комсомольцев, наконец, всех, кто был способен вести эту работу. Положительную роль сыграло распоряжение взять на учет всех неграмотных и малограмотных в возрасте от 16 до 50 лет. Эта работа возлагалась на местные советы депутатов трудящихся. По результатам работы активисты награждались грамотами и денежными премиями.

Важно отметить, что партийные организации и местные органы власти должны были обеспечить полное вовлечение детей в возрасте от 7 до 16 лет в школы, где для них было обязательным получение семилетнего образования.

Для обучения неграмотных выделялись особые помещения, были разработаны методические руководства обучением.

Использован был опыт работы ликбеза 1920-х годов. Малограмотных взрослых чаще всего прикрепляли группами к общеобразовательным школам. Занимались они, как правило, по вечерам во внеучебное время. Не все школы могли взять на обучение такие группы, так как занятия во многих из них велись в две и даже в три смены. Проводились и индивидуальные занятия с неграмотными и малограмотными. Для занятий «мобилизовывали» помещения не только школ, но и красных уголков, клубов. Лицам, успешно окончившим обучение, после проверки их знаний выдавалось удостоверение.

Обкомы партии должны были доложить Центральным комитетам и Советам министров союзных республик о ходе и итогах работы по ликвидации неграмотности. В соответствии с распоряжением правительству СССР и ЦК КПСС об итогах этой работы необходимо было сообщить к декабрю 1958 г. В связи с этим ЦСУ установило строгий контроль за отчетностью с мест.

Некоторые материалы ЦСУ отложились в архивах. И.П. Остапенко обнаружил и опубликовал часть данных из этих материалов. Приведем некоторые из них. В РСФСР за январь–октябрь 1958 г. было учтено 623 тыс. неграмотных. В масштабах всего Союза их было в два раза больше. В РСФСР обучались грамоте 567 тыс. человек, а закончили обучение лишь 360 тыс., или 58%. На 1 ноября обучалось свыше 200 тыс. неграмотных, однако закончили они курс обучения или нет, неизвестно[61].

Те же документы свидетельствуют, во-первых, о том, что учет был произведен неполно, а во-вторых, данные об обученных в некоторых районах были завышены (например, в Тамбовской, Курской областях, в Карельской АССР). В Курской области из всех указанных как обученные на самом деле ни один не был обучен.

Что касается малограмотных, то их обучение было поставлено лучше: из всех учтенных лиц этой категории 95% прошли курс обучения[62].

Значительно расширена была сеть специальных школ рабочей и сельской молодежи. В 1958/59 уч. г. их было 7 тыс., а уже в следующем учебном году их стало 10,1 тыс. Более чем в три раза возросло число учащихся в них[63].

Несмотря на некоторый недоучет неграмотных и приписки в отдельных районах, работа по обучению населения грамотности была проделана большая (см. табл. 23). Это подтверждается итогами переписи 1959 г. и по автономиям и областям (см. табл. 24).

Таблица 23

Грамотность населения РСФСР в 1926 и 1959 гг.

	Процент грамотных в возрасте 9–49 лет		
	оба пола	мужчины	женщины
Городское и сельское население			
1926 г.	60,9	77,1	46,4
1959 г.	98,8	99,3	97,7
Городское население			
1926 г.	85,0	91,9	78,4
1959 г.	98,8	99,6	98,2
Сельское население			
1926 г.	55,0	73,3	38,8
1959 г.	98,0	99,1	97,1

Итоги Всесоюзной переписи населения 1959 года: РСФСР. М., 1963. С. 143.

Таблица 24

Грамотность населения по автономным республикам, краям и областям РСФСР в 1939 и 1959 гг.

	Процент грамотных в возрасте 9–49 лет					
	оба пола		мужчины		женщины	
	1939 г.	1959 г.	1939 г.	1959 г.	1939 г.	1959 г.
	1	2	3	4	5	6
РСФСР	89,7	98,5	96,0	99,3	83,9	97,7
Северо-Западный район	93,8	99,0	97,8	99,5	90,1	98,5
Архангельская обл.	93,1	98,7	97,6	99,4	88,7	98,0
Ленинградская обл.	95,3	99,0	98,3	99,6	92,6	98,6
г. Ленинград	98,1	99,7	99,5	99,9	96,9	99,6
Коми АССР	89,5	98,6	96,3	99,4	82,7	97,6
Центральный район	93,1	98,9	98,0	99,5	88,7	98,5
Владимирская обл.	94,1	99,2	98,3	99,6	90,4	98,6
Ивановская обл.	94,8	98,8	98,4	99,4	91,9	98,3
Московская обл.	94,8	99,0	98,4	99,6	91,5	98,6
г. Москва	97,5	99,3	99,3	99,8	96,0	98,8

Окончание табл. 24

	1	2	3	4	5	6
Волго-Вятский район	88,9	98,6	94,4	99,4	82,3	97,9
Горьковская обл.	90,9	98,5	97,2	99,4	85,2	97,7
Марийская АССР	87,5	98,7	95,9	99,5	80,0	98,1
Мордовская АССР	80,0	98,7	94,0	99,5	68,1	98,0
Центрально-Черноземный район	87,3	98,9	96,0	99,5	78,8	98,5
Воронежская обл.	87,8	99,4	96,2	99,6	80,4	99,2
Поволжский район	89,0	98,4	95,8	99,3	82,9	97,7
Куйбышевская обл.	88,9	98,6	96,1	99,5	82,1	97,8
Волгоградская обл.	90,6	98,7	96,9	99,4	85,0	98,0
Татарская АССР	90,4	98,5	95,4	99,2	86,0	97,9
Северо-Кавказский район	87,5	98,0	94,3	99,2	81,2	96,9
Карачаево-Черкесская авт. обл.	82,7	97,9	90,8	99,1	74,7	96,8
Дагестанская АССР	82,5	98,1	89,0	99,0	75,8	97,4
Кабардино-Балкарская АССР	84,1	97,5	90,5	98,9	77,7	96,2
Северо-Осетинская АССР	84,2	97,8	92,5	99,1	76,3	96,0
Чечено-Ингушская АССР	69,3	89,7	80,8	90,5	57,4	83,8
Уральский район	87,5	98,3	94,6	99,3	81,2	97,4
Свердловская обл.	90,2	98,3	96,0	99,3	85,1	97,5
Башкирская АССР	86,1	99,0	93,3	99,6	79,7	98,4
Западно-Сибирский район	85,8	97,9	93,6	99,1	78,7	96,7
Новосибирская обл.	86,0	98,4	94,0	99,4	78,8	97,0
Омская обл.	85,3	98,1	93,3	99,3	77,9	97,0
Восточно-Сибирский район	86,3	97,6	93,1	98,9	79,0	96,3
Таймырский (Долгано-Ненецкий нац.) округ	68,4	94,6	75,9	96,2	58,1	93,0
Эвенкийский нац. округ	72,8	95,7	80,5	97,8	63,8	93,5
Дальневосточный район	91,8	98,1	96,1	99,1	85,6	97,0

Итоги Всесоюзной переписи населения 1959 года: РСФСР. С. 144–145.

Таблица 25

Грамотность населения РСФСР в возрасте 9–49 лет в 1939 и 1959 гг. (%)

	1939 г.	1959 г.
Городское население		
оба пола	94,9	98,8
мужчины	98,1	99,6
женщины	91,8	98,2
Сельское население		
оба пола	86,7	98,0
мужчины	94,8	99,1
женщины	79,3	97,1

Итоги Всесоюзной переписи населения 1959 года: РСФСР. С. 146–148.

Из данных табл. 25 видно, как в 1959 г. поднялся уровень грамотности населения. По сравнению с 1939 г. он возрос на 9 с лишним процентов. Особенно этот показатель увеличился у женщин – почти на 14%. Среди городского населения этот показатель так же высок, как и по стране в целом, составляя 98,8%, а среди мужчин – 99,6%. Несколько ниже, чем у мужчин, этот показатель у женщин – 98,2%, зато у горожанок он возрос по сравнению с 1939 г. почти на 6,5%. Село несколько отстает от города, но и здесь общий итог – 98,0% – очень высок. По сравнению с 1939 г. он увеличился более чем на 11%, в том числе среди сельских мужчин – на 4,3%. Особенно большая работа была проделана по преодолению неграмотности у жительниц села. Их уровень грамотности в 1959 г. вырос почти на 18% по сравнению с 1939 г., составив 97,1%, хотя они отставали от мужчин села и от горожанок.

Перепись зафиксировала районы сплошной грамотности, такие как Ленинград и Ленинградская область, Москва с Московской областью, некоторые области Центрального района и Центрально-Черноземного района, где показатель грамотности достигал от 99,0 до 99,7%.

Данные табл. 24 о состоянии грамотности населения по республикам, краям и областям РСФСР свидетельствуют об огромной работе по ликвидации неграмотности и об успехах на-

чального образования в самых отдаленных районах страны, в национальных республиках, округах и т. д. Показатель грамотности в них возрос к 1959 г. на 10–20%. Таковы показатели Северо-Кавказского, Западно-Сибирского, Восточно-Сибирского районов, Дагестанской, Кабардино-Балкарской, Северо-Осетинской, Чечено-Ингушской, Башкирской АССР, Карачаево-Черкесской автономной области, Таймырского (Долгано-Ненецкого) и Эвенкийского национальных округов. В некоторых автономиях процент грамотности женщин вырос более чем на 27–33%. В то же время в этих районах была сосредоточена основная часть неграмотных, особенно среди женщин.

В городах и селах оставался небольшой процент неграмотных, составляя в целом 1,2%, в том числе в селах – 2%.

С учетом общей численности населения РСФСР на территории республики проживало свыше миллиона неграмотного населения. Это обстоятельство продолжало беспокоить правительство и после переписи 1959 г., тем более что среди неграмотных была молодежь. Был намечен ряд мер по дальнейшей работе в этой сфере сроком на два-три года. Местные органы статистики были обязаны предъявлять в ЦСУ СССР отчеты о ходе выполнения этих мер вплоть до 1 июля 1965 г. Списки неграмотных, составленные в процессе подготовки переписи 1959 г., были переправлены в органы народного образования, где их надо было уточнить, выявив всех неграмотных и членов их семей в возрасте от 16 до 49 лет. Работа по ликвидации безграмотности продолжалась вплоть до 1970-х годов.

Перепись 1959 г. содержит обширный статистический материал о состоянии уровня образования населения к концу 1950-х годов. О развитии образования, начального, среднего и высшего, имеется обширная литература, и мы ограничимся самыми общими сведениями.

Еще в довоенное время в стране был взят курс на всеобщее семилетнее образование. В 1940–1950-е годы этот курс активно осуществлялся. В городах действовали семи–десятилетние школы, а в селе вместе со строительством и восстановлением шел процесс слияния начальной и семи–десятилетней школ. Число учащихся в общеобразовательных школах выросло, а количество школ за счет села сократилось. Строительство в селах средних полных и неполных школ было явлением, безусловно, положительным, однако их слияние и сокращение количества иногда в деревенских условиях бездорожья затрудняло посещение школ учащи-

мися, поскольку они должны были пешком преодолевать большие расстояния (транспорт в колхозах и совхозах для учащихся предоставлялся редко). Мешали этому и снежные заносы, и весеннее половодье. Удаленность школ от мест жительства была порой так значительна, что учащемуся приходилось искать жилье в селе, поселке или райцентре, где находилась школа. Колхоз, как правило, снимал для таких учащихся комнату или угол, где они жили по нескольку человек. И если за их проживание родители не платили, то питание, одежда и прочее обеспечивали исключительно родители. Эти расходы для многих семей были затруднительными.

Несмотря на большие трудности и проблемы, к 1950-м годам уровень образования и молодежи, и старшего поколения по сравнению с 1939 г. вырос.

Судя по переписи 1959 г., в РСФСР лиц, имеющих в расчете на 1000 человек начальное и незаконченное среднее (семилетнее) образование, было 325, т. е. $^1/_3$ населения города и села. При этом в сельской местности их было больше, чем в городе, – 339 против 312. Мужчины и в целом по стране, и в городе, и в селе преобладали над женщинами. Столь значительное число лиц с начальным и незаконченным семилетним образованием было безусловным достижением, но вместе с тем это было отставание от требований времени[64]. Развивающаяся в то время научно-техническая революция набирала темпы, началась интенсивная модернизация производства на базе новейшего технического оборудования, внедрялись автоматические и полуавтоматические линии на промышленных предприятиях, усиливалась механизация сельскохозяйственного труда. Соответственно во всей остроте встал вопрос о повышении образовательного уровня населения.

Уже в первые послевоенные годы правительство поставило перед молодежью задачу получения обязательного семилетнего образования. В 1950-е годы в стране начали создаваться условия для окончания полной средней общеобразовательной школы. Одновременно усилилась подготовка в техникумах и училищах кадров со средним специальным образованием разного профиля. Правда, на протяжении 1950-х годов обучение в VIII–X классах было платным.

К концу 1950-х годов удалось добиться по сравнению с 1939 г. существенных успехов (см. табл. 26, 27). Из данных таблиц следует, что население, имевшее полное и неполное среднее образование, увеличилось за двадцатилетний период между переписями более чем в три раза, а среди женщин – в четыре раза.

Таблица 26

Число лиц со средним (включая неполное) образованием в 1939 и 1959 гг. (на 1000 человек)

	Все население		Население в трудоспособном возрасте	
	1939 г.	1959 г.	1939 г.	1959 г.
Все городское и сельское население	76	263	135	426
мужчины	85	267	150	426
женщины	69	260	121	427
Городское население	158	338	237	507
мужчины	163	332	243	493
женщины	153	343	232	520
Сельское население	36	180	68	322
мужчины	46	193	89	338
женщины	26	170	50	308

Итоги Всесоюзной переписи населения 1959 года: РСФСР. С. 108.

Таблица 27

Число лиц со средним (включая неполное) образованием в 1959 г. (на 1000 человек) с разделением по возрасту и полу

Возраст	Городское население			Сельское население		
	всего	мужчин	женщин	всего	мужчин	женщин
10–19 лет	436	385	480	312	279	347
20–24 года	714	640	785	524	483	568
25–29 лет	452	410	494	275	252	297
30–34 года	532	489	568	372	366	377
35–39 лет	551	566	542	358	424	316
40–44 года	382	455	333	169	275	110
45–49 лет	240	312	192	65	128	32
50–54 года	208	260	172	46	85	25
55–59 лет	179	239	149	34	71	20
60–64 года	144	199	117	25	49	15
65–69 лет	109	159	86	18	35	10
70 лет и более	70	104	58	10	20	6

Итоги Всесоюзной переписи населения 1959 года: РСФСР. С. 108.

Лидирует в значительной степени городское население: треть горожан имеет среднее образование. Важно отметить, что этот показатель почти одинаков и у мужчин и у женщин.

Сельское население существенно отстает от городского. Хотя по сравнению с 1939 г. уровень среднего образования возрос в пять раз, тем не менее он остается почти в два раза ниже городского.

Очевиден прогресс в общеобразовательном уровне у жительниц села по сравнению с 1939 г.: 170 против 26.

Более отрадную картину представляет уровень среднего образования (включая неполное) трудоспособного населения. Из данных таблиц видно, что почти каждый третий житель РСФСР, находившийся в трудоспособном возрасте, а в городах каждый второй имел среднее (полное или неполное) образование. Причем этот показатель одинаков и у мужчин и у женщин. В деревне каждый третий в трудоспособном возрасте получил среднее образование, к тому же в равной степени и мужчины и женщины. По сравнению с 1939 г. был достигнут большой прогресс в этой области, прежде всего среди женщин и особенно жительниц села (см. табл. 27–28).

Самое большое число лиц со средним образованием зафиксировано в возрастной группе 20–24 года – и в целом по РСФСР, и в городе, и в сельской местности. Это молодое поколение, получавшее образование в мирное время. И резко снижается показатель среднего образования в группе 25–29-летних, чей детский и подростковый возраст пришелся на военные годы. Особенно низок этот показатель у жителей села, и у мужчин и у женщин. Как уже говорилось выше, многие из детей не смогли пойти учиться в то время, а после войны не все имели возможность наверстать упущенное.

Зато две следующие возрастные группы, 30–34 и 35–39 лет, имеют показатель среднего образования выше (каждый второй на 1000 человек). Вероятно, многие из них успели получить среднее образование еще до войны. В последующих группах по мере повышения возраста показатель постепенно понижается. В возрастной группе 55–64 года преобладает начальное образование. В более старших группах, как было показано выше, много малограмотных и неграмотных, поэтому показатели среднего образования очень невысоки.

Таблица 28

Число лиц со средним образованием по автономным республикам, краям и областям (на 1000 человек)

	Городское и сельское население		Городское население		Сельское население	
	1939 г.	1959 г.	1939 г.	1939 г.	1959 г.	1939 г.
	1	2	3	4	5	6
	Северо-Западный район					
Оба пола	116	303	191	368	45	185
Мужчины	122	300	193	358	57	195
Женщины	110	306	189	376	34	177
	Ленинград					
Оба пола	221	424	221	424		
Мужчины	222	422	222	422		
Женщины	221	426	221	426		
	Мурманская область					
Оба пола	115	327	122	331	75	274
Мужчины	135	311	142	315	102	268
Женщины	92	341	101	345	38	282
	Центральный район					
Оба пола	100	301	177	364	43	205
Мужчины	107	301	179	357	53	215
Женщины	94	301	175	369	34	197
	Ивановская область					
Оба пола	89	275	137	322	37	182
Мужчины	95	267	143	310	44	185
Женщины	84	281	132	331	31	179
	Москва					
Оба пола	220	407	220	407		
Мужчины	217	402	217	402		
Женщины	223	411	223	411		
	Тульская область					
Оба пола	73	270	139	318	37	196
Мужчины	81	264	143	307	46	196
Женщины	66	275	135	328	29	195

Продолжение табл. 28

	1	2	3	4	5	6
	Волго-Вятский район					
Оба пола	60	235	161	323	34	179
Мужчины	73	250	174	324	46	201
Женщины	49	224	148	323	24	162
	Марийская АССР					
Оба пола	52	223	164	318	35	186
Мужчины	70	247	189	319	50	217
Женщины	37	206	140	317	22	163
	Мордовская АССР					
Оба пола	48	211	207	355	36	179
Мужчины	60	233	217	357	48	203
Женщины	38	195	197	352	27	161
	Поволжский район					
Оба пола	65	260	152	342	31	183
Мужчины	75	268	160	343	41	197
Женщины	56	254	144	342	23	171
	Волгоградская область					
Оба пола	69	277	133	346	35	194
Мужчины	80	286	143	348	43	211
Женщины	60	269	124	344	26	181
	Куйбышевская область					
Оба пола	77	286	157	347	34	186
Мужчины	87	290	163	345	44	201
Женщины	68	282	151	348	25	175
	Саратовская область					
Оба пола	79	283	161	361	36	192
Мужчины	87	287	166	361	46	201
Женщины	72	280	156	362	27	184
	Северо-Кавказский район					
Оба пола	69	255	153	350	34	186
Мужчины	80	271	163	358	45	206
Женщины	59	242	144	343	24	168

Продолжение табл. 28

	1	2	3	4	5	6
	Карачаево-Черкесская автономная область					
Оба пола	45	210	126	316	30	178
Мужчины	59	234	145	323	42	206
Женщины	32	191	106	310	18	155
	Ростовская область					
Оба пола	90	293	160	365	35	197
Мужчины	102	309	173	375	46	218
Женщины	79	281	148	356	25	180
	Дагестанская АССР					
Оба пола	43	192	128	291	19	151
Мужчины	60	240	151	319	34	206
Женщины	26	152	104	267	6	106
	Калмыцкая АССР					
Оба пола	35	168	99	235	22	151
Мужчины	46	178	117	243	32	161
Женщины	25	160	82	227	13	141
	Чечено-Ингушская АССР					
Оба пола	47	201	122	325	19	114
Мужчины	57	220	132	330	29	146
Женщины	37	185	112	321	9	85
	Уральский район, Свердловская область					
Оба пола	80	272	114	305	30	167
Мужчины	89	266	122	295	39	176
Женщины	73	277	107	313	22	159
	Восточно-Сибирский район, Иркутская область					
Оба пола	75	263	120	318	38	171
Мужчины	85	261	126	313	53	177
Женщины	64	264	115	323	21	166
	Дальневосточный район					
	Приморский край					
Оба пола	118	290	144	326	90	216
Мужчины	125	277	145	315	105	199
Женщины	109	303	142	337	73	233

Окончание табл. 28

	1	2	3	4	5	6
	Хабаровский край					
Оба пола	114	289	140	315	69	215
Мужчины	118	274	141	298	78	210
Женщины	109	303	139	330	58	220
	Камчатская область					
Оба пола	98	303	151	335	72	249
Мужчины	108	284	155	314	83	234
Женщины	85	323	146	356	60	264
	Магаданская область					
Оба пола		385		408		288
Мужчины		372		388		308
Женщины		401		433		262

Итоги Всесоюзной переписи населения 1959 года: РСФСР. С. 133–140.

По расчетам И.П. Остапенко, показатели среднего образования у рабочих в два раза выше, чем у колхозников, лишь каждый пятый среди последних имел среднее образование. Однако следует заметить, что по сравнению с 1939 г. в 1959 г. число колхозников, имеющих среднее образование, увеличилось в 15 раз, а число женщин – и того больше: в 1939 г. лиц женского пола со средним образованием в селе насчитывалось единицы.

В городах каждый второй рабочий имел к 1959 г. среднее (включая неполное) образование.

У служащих уровень образования был существенно выше. На каждую тысячу человек лиц со средним (преимущественно полным) и высшим образованием приходится в 1959 г. 890 в городе и 863 в деревне.

Исследователи отмечают феноменальное явление – женщины обгоняют по показателям среднего образования мужчин. Это объясняется прежде всего военными потерями мужского населения. Женщине пришлось со времен Гражданской войны заменять мужчин и на производстве, и в сфере образования и культуры, и в области здравоохранения и т. д. Из-за дефицита мужского населения произошла феминизация целого ряда профессий. Но это обсто-

ятельство было связано не только с потерями в войне мужского населения. Большую роль сыграла низкая оплата труда, даже квалифицированного, во многих сферах деятельности, причем неоправданно низкая. При этом следует отметить, что в сферах управления зарплата была более высокой и в составе административного аппарата преобладали в значительной степени мужчины.

Вместе с тем дефицит мужчин привел к тому, что на плечи женщины легли тяжелые для ее организма виды профессий: комбайнерок, трактористок в деревне, крановщиц, сварщиц на стройках, путевых обходчиц и укладчиц шпал на транспорте и т. д. Высокая степень занятости в общественном производстве наравне с мужчиной отвлекала женщину от семьи и воспитания детей.

Существенный разрыв женской и мужской продолжительности жизни в пользу женщин вынуждал их трудиться до глубокой старости, особенно в колхозах и совхозах.

Перепись 1959 г. позволяет судить о достижениях в области среднего образования в регионах, национальных автономиях и округах (см. табл. 29). Лица со средним образованием, как показывают данные переписи, были в основном сосредоточены в Центрально-Промышленном, Северо-Западном районах, где находились крупные города, а также в районах размещения новых индустриальных центров – в Поволжье, на Урале, в Западной Сибири. Район Восточной Сибири, Дальний Восток значительно отставали в этом плане от Центра.

У всех народов Российской Федерации были достигнуты в сфере образования значительные успехи. Однако стартовая площадка, от которой ведется счет (данные за 1939 г.), была отнюдь не одинакова. Поэтому, несмотря на достигнутые успехи, сохранялся значительный разрыв в показателях образования.

Притом что процент лиц со средним образованием в национальных республиках увеличился по сравнению с 1939 г. почти в 5 раз, многие автономии существенно отставали от центральных районов страны по причине очень низких стартовых данных. Если в среднем по России каждый третий имел среднее образование, а в городах – каждый второй, то в Мордовской и Марийской республиках – только каждый пятый житель. То же самое можно сказать о Северо-Кавказских республиках. Но и эти показатели были значительным достижением. Так, в Чечено-Ингушетии, Дагестане и Карачаево-Черкессии процент лиц, получивших среднее образование, достиг в 1959 г. 20%, что превысило соответствующие показатели 1939 г. в 4–4,5 раза. Особенно низкими были

показатели по среднему образованию у женщин региона: от 9 до 10%, однако, учитывая затворнический образ жизни женщин в восточных регионах, и здесь прогресс очевиден. Ведь в 1939 г. в Дагестане и Чечено-Ингушетии практически не было женщин, имевших среднее образование.

Самый низкий уровень образования наблюдался в Калмыцкой АССР. Здесь лишь 16,8% населения получили к концу 1950-х годов среднее (включая неполное) образование. Однако по сравнению с 1939 г. успехи были весьма ощутимы – число лиц со средним образованием выросло почти в 7 раз. В 1939 г. в Калмыкии на тысячу лиц соответствующего пола, имевших среднее образование, приходилось 46 мужчин и только 25 женщин. В 1959 г. женщин, окончивших 7–10 классов, уже стало 160 на тысячу.

Суммируя вышеизложенное, следует еще раз подчеркнуть, что в конце 1940-х – 1950-е годы были достигнуты успехи в области просвещения. Значительно выросло число лиц, имевших среднее (включая неполное) образование. Можно считать, что проблема среднего образования к концу 1950-х годов сильно приблизилась к своему решению (за исключением некоторых автономных национальных республик).

Намного хуже обстояли дела с высшим образованием. Вновь отстроенные гиганты индустрии, а также реконструированные на основе новейшей техники предприятия требовали специалистов высшего класса, а их явно не хватало.

Показатели высшего и среднего образования у славянских народов – русских, украинцев, белорусов – среди занятого населения были близки – почти каждый второй из них получил среднее или высшее образование (свыше 44–48%). Высоких показателей высшего и среднего образования достигли евреи, среди которых было мало сельских жителей, в основном они были сосредоточены в городах. У народов Поволжья – чувашей, марийцев, удмуртов и т. д. – лиц с высшим образованием насчитывалось значительно меньше. То же относится к народам Северного Кавказа.

В послевоенное время остро ощущался дефицит специалистов с высшим образованием. Это было связано и с людскими военными потерями, и с потребностями научно-технического прогресса. Необходимо было форсировать подготовку высококвалифицированных специалистов в высших учебных заведениях. Между тем вузы испытывали кадровый голод. В вестибюлях каждого вуза вывешены длинные списки погибших на фронтах Великой Отечественной войны преподавателей и аспирантов.

Правда, в отличие от школьных учителей оставшиеся в живых фронтовики-преподаватели вузов вернулись к своей прежней деятельности. Феминизация в данном случае была незначительной, даже в гуманитарных вузах. Началась интенсивная подготовка преподавателей через аспирантуру, прием в которую был сильно расширен. Кроме того, в 1950-е годы действовали годичные курсы подготовки преподавателей вузов среди специалистов с высшим образованием, успешно работавших в своей области. Предпочтение на этих курсах отдавалось лицам в молодых возрастах, до 35 лет. При университетах были открыты курсы повышения квалификации преподавателей.

Расширен был прием студентов в вузы – более чем в три раза по сравнению с 1940/41 уч. г.: 1417,3 тыс. против 478,1 тыс.[65] Обучение в вузах происходило в трех формах: дневной, вечерней и заочной. Однако все 1950-е годы очень остро не хватало инженеров и техников с высшим образованием.

К 1959 г. удалось добиться следующих показателей (см. табл. 28). Число лиц, имевших высшее образование, увеличилось за межпереписной период в 2,5 раза, причем у женщин – в 4 раза, среди городского населения это число выросло почти в 2 раза, у женщин – в 2,5 раза. Село в получении высшего образования сильно отставало от города. На 1000 сельских жителей через 20 лет здесь приходилось 6 человек с высшим образованием, а среди женщин и того меньше – всего 5.

Таблица 29

Число лиц с высшим образованием (на 1000 человек)

	Все население		Население в трудоспособном возрасте	
	1939 г.	1959 г.	1939 г.	1959 г.
Городское и сельское население	7	19	12	30
мужчины	9	22	17	33
женщины	4	17	8	28
Городское население	16	31	25	46
мужчины	22	35	34	49
женщины	11	29	17	42
Сельское население	2	6	3	10
мужчины	3	7	5	12
женщины	1	5	2	9

Итоги Всесоюзной переписи населения 1959 года: РСФСР. С. 108.

Другая картина наблюдается у лиц в трудоспособном возрасте. Число специалистов с высшим образованием к 1959 г. среди них выше, чем в целом по населению, в 1,5 раза, причем и у мужчин и у женщин. При этом у женщин за межпереписной период показатель по высшему образованию вырос более чем в 4 раза. Особенно заметен рост числа имевших высшее образование среди городского населения, здесь показатели выше общих в 2 и более раза.

Лидировали города, а в селах среди трудоспособного населения лиц, получивших высшее образование, в 3 раза меньше, чем по стране в целом, и в 4 раза меньше, чем в городах. Особенно отстают показатели женского высшего образования: они в 5 раз ниже городских. Однако, если сравнивать данные по высшему образованию и в целом, и по городу, и по селу за 1939 и 1959 гг., то успехи очевидны (см. табл. 29).

Хотя рост числа высококвалифицированных специалистов наблюдался и в городской и в сельской местности, но к 1960-м годам их дефицит продолжал ощущаться повсеместно, особенно это относилось к инженерно-техническому персоналу.

Таким образом, за межпереписной двадцатилетний период удалось в значительной степени преодолеть неграмотность и малограмотность населения, прежде всего среди молодежи, – наследие войны, а также достичь успехов, хотя и не повсеместно, в области среднего образования и решать форсированными темпами проблему высшего образования.

Примечания

[1] Сборник законов СССР и указов Президиума Верховного Совета СССР. М., 1968. Т. 2. С. 423.

[2] «О размере государственного пособия многодетным и одиноким матерям»: Указ Президиума Верховного Совета СССР от 25 ноября 1947 г. // Сборник законов и указов Президиума Верховного Совета СССР, 1938–1967. М., 1968. Т. 2. С. 419.

[3] «Об улучшении дела государственной помощи многодетным и одиноким матерям и улучшении условий труда и быта женщин»: Указ Президиума Верховного Совета СССР от 19 мая 1949 г. // Там же. С. 420.

[4] Вестник статистики. 1972. № 1. С. 91.

[5] *Кваша А.Я.* О некоторых инструментах демографической политики // Изучение воспроизводства населения. М., 1968. С. 73–76.

[6] *Румянцева М.А.* Демографическая ситуация в городах Поволжья в 1955–1965 гг. Дис. ... канд. ист. наук. М., 2003. С. 97–99.

[7] Там же.

[8] «Об увеличении продолжительности отпусков по беременности и родам»: Указ Президиума Верховного Совета СССР от 26 марта 1956 г. // Сборник законов и указов Президиума Верховного Совета СССР, 1938–1967. М., 1968. Т. 2. С. 195.

[9] Министры здравоохранения: Очерки истории здравоохранения России в XX в. М., 1999. С. 281–282.

[10] РГАЭ. Ф. 1562. Оп. 27. Д. 402. Л. 10 об.

[11] Там же. Л. 10.

[12] Там же. Оп. 18. Д. 320. Л. 1 об.–2; Д. 351. Л. 15 об–16.

[13] Там же.

[14] Там же. Д. 412. Л. 1 об.–2; Д. 444. Л. 1 об–2.

[15] Там же. Оп. 329. Д. 2237. Л. 2–4; Д. 2643. Л. 149–151; Д. 3169. Л. 5–7; Д. 3806. Л. 2; Оп. 33. Д. 413. Л. 213; Д. 1702. Л. 302; Д. 2192. Л. 251.

[16] Там же. Оп. 27. Д. 402. Л. 1 об., 11, 12.

[17] Там же. Оп. 18. Д. 412. Л. 1 об.–2; Д. 444. Л. 1 об–2.

[18] Там же. Д. 486. Л. 2 об.–3; Д. 550. Л. 3–3 об.

[19] Там же. Л. 2.

[20] Вестник статистики. 1972. № 1. С. 93; 50 лет советского здравоохранения, 1917–1967: Сб. статей. М., 1967. С. 115; РГАЭ. Ф. 1562. Оп. 18. Д. 320 Л. 8 об.; Д. 342. Л. 2.

[21] 50 лет советского здравоохранения. С. 118.

[22] *Зезина М.Р.* Социальная защита детей-сирот в послевоенные годы. 1945–1955 // Вопросы истории. 1999. № 1. С. 42–43.

[23] Там же. С. 46–47.

[24] Там же. С. 51.

[25] Систематическое собрание законов РСФСР, указов Президиума Верховного Совета РСФСР и решений Правительства РСФСР. М., 1969. Т. 12. С. 461.

[26] Там же. С. 457.

[27] Систематическое собрание законов РСФСР, указов Президиума Верховного Совета РСФСР и решений Правительства РСФСР. М., 1967. Т. 10. С. 343.

[28] Министры здравоохранения. С. 224, 232.

[29] 50 лет советского здравоохранения. С. 82, 83, 86, 99, 101.

[30] Там же. С. 75–77.

[31] Народное хозяйство РСФСР в 1958 году. М., 1959. С. 482, 487, 488, 490; 50 лет советского здравоохранения. С. 77.

[32] Систематическое собрание законов РСФСР, указов Президиума Верховного Совета РСФСР и решений Правительства РСФСР. М., 1967. Т. 10. С. 329; *Яровинский М.Я.* Здравоохранение Москвы (1581–2000 гг.). М., 1988. С. 167.

[33] Систематическое собрание законов РСФСР, указов Президиума Верховного Совета РСФСР и решений Правительства РСФСР. М., 1967. Т. 10. С. 329–330.

[34] *Яровинский М.Я.* Указ. соч. С. 169, 177.

[35] Систематическое собрание законов РСФСР, указов Президиума Верховного Совета РСФСР и решений Правительства РСФСР. М., 1967. Т. 10. С. 386–388.

[36] Министры здравоохранения. С. 244.

[37] Там же. С. 1–2.

[38] Систематическое собрание законов РСФСР, указов Президиума Верховного Совета РСФСР и решений Правительства РСФСР. М., 1967. Т. 10. С. 371; Министры здравоохранения. С. 272.

[39] Там же. С. 12.

[40] РГАЭ. Ф. 1562. Оп. 27. Д. 402. Л. 1 об.

[41] Там же. Л. 3 об.–4.

[42] Там же. Л. 3.

[43] Там же. Л. 3 об.

[44] Там же.

[45] Систематическое собрание законов РСФСР, указов Президиума Верховного Совета РСФСР и решений Правительства РСФСР. М., 1967. Т. 10. С. 399, 404.

[46] *Яровинский М.Я.* Указ. соч. С. 162–163.

[47] Российский государственный архив экономики (РГАЭ). Ф. 1562. Оп. 336. Ч. 2. Д. 1568. Л. 2–6; Народное хозяйство РСФСР в 1960 г.: Стат. ежегодник. М., 1961. С. 42.

[48] *Георгиевский А.С., Гаврилов О.К.* Социально-гигиенические проблемы и последствия войн. М., 1975. С. 122–123.

[49] РГАЭ. Ф. 1562. Оп. 18. Д. 341. Л. 2.

[50] Заседание Верховного Совета СССР (первая сессия). М., 1946. С. 397.

[51] *Яровинский М.Я.* Указ. соч. С. 169–177; 50 лет советского здравоохранения. С. 653–660.

[52] *Богораз* Н.А. Восстановительная хирургия. Т. 1–2 (Ростов н/Д; М., 1940–1948); *Джанелидзе Ю.Ю.* Свободная пересадка кожи в России и Советском Союзе (Л., 1952); *Лимберг А.А.* Математические основы ме-

стной пластики на поверхности человеческого тела (Л., 1946); *Покотило В.Л.* Общие методы пластической хирургии (в кн.: Работы Государственной хирургической клиники проф. П.И. Дьяконова. М., 1908); *Рауэр А.Э., Михельсон Н.М.* Пластические операции на лице (2-е изд. М., 1954); *Проскуряков С.А.* Восстановительные операции носа, горла, уха (Новосибирск, 1947) и др.

[53] Систематическое собрание законов РСФСР... Ст. 565.

[54] Там же. Ст. 567.

[55] Там же. Т. 10. М., 1967. Ст. 350.

[56] Там же. М., 1967. Т. 10. Ст. 396; М., 1969. Т. 11. Ст. 560.

[57] Там же. М., 1969. Т. 11. Ст. 534–535, 528–529.

[58] Население России в XX веке: Исторические очерки. Т. 3. Кн. 1. 1960–1979 гг. М., 2005. С. 209.

[59] Там же. С. 38.

[60] РГАЭ. Ф. 1562. Оп. 33. Д. 3671. Л. 1 (публикация И.П. Остапенко).

[61] Там же. Л. 1–4; 201–202.

[62] Население России... С. 202.

[63] Народное хозяйство РСФСР в 1960 г.: Стат. ежегодник. М., 1961. С. 473.

[64] Итоги Всесоюзной переписи населения 1959 года. М., 1963. С. 108.

[65] Население России... С. 226.

Глава IV

ОСОБЕННОСТИ ПЕРИОДА ПОСЛЕВОЕННОЙ ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ КОМПЕНСАЦИИ В РОССИИ

1
«Бэби-бум» или «бэби-спад»?

После Второй мировой войны с ее многомиллионными людскими потерями во многих странах Западной и Центральной Европы и в США произошел взрыв компенсаторной рождаемости, который в зарубежной литературе получил название «бэби-бум». Рождаемость в среднем превысила предвоенный уровень на 20–40% (во Франции – на 44%, в США – на 42,2%, в Чехии – на 40%, в Финляндии – на 40,2%, в Англии – на 33,3%). Однако не во всех странах, участвовавших в войне, наблюдался «бэби-бум». В Италии, Западной Германии, Румынии рождаемость не только не поднялась, но даже уменьшилась – соответственно на 7,7, 7,6, и 16%[1].

Состоялся ли «бэби-бум» в России, чьи людские потери в войне были особенно велики? В отечественной литературе, научной и научно-популярной, существуют разные мнения. С одной стороны, имеется стремление механически перенести это явление на Россию, с другой – полное его отрицание. Сторонники первого мнения склонны оценивать имевшее место после Великой Отечественной войны повышение рождаемости в России как «бэби-бум», который якобы привел к избытку молодежи в селе, что повлекло за собой ее активную миграцию в города. Сторонники второго мнения считают, что «бэби-бум» был сорван по причине голода 1946–1947 гг.

Так были ли в России условия для реализации компенсаторного периода?

Сегодня об этом можно судить с известной степенью достоверности, поскольку открыты архивные данные текущего учета населения.

Выше мы рассмотрели факторы, которые повлияли на демографическую ситуацию в послевоенной России.

Во-первых, экономика была сильно подорвана, страна переживала напряженный восстановительный период, когда на оккупированной и прифронтовых территориях надо было буквально из пепла возродить города и села, перестроить все хозяйство страны на мирный лад.

Во-вторых, люди были истощены физически и морально-психологически после мобилизации всех сил во имя Победы.

В-третьих, война унесла 27 млн человеческих жизней. Особенно велики были потери среди мужского населения. Следствием этого была диспропорция возрастнополовой структуры населения. Так, среди лиц 1920–1924 гг. рождения, особенно пострадавших от потерь во время войны, на 100 женщин приходилось всего 63 мужчины[2]. Нарушение в соотношении полов привело к нарушению брачности. Появилось много вдов, матерей-одиночек, увеличилось количество разводов. В возрастной структуре возникли «демографические ямы» вследствие гибели населения в самых детородных возрастах.

В-четвертых, ухудшились бытовые условия жизни и питание населения, не хватало медицинского персонала и медикаментов.

Наконец, война привела к ухудшению экологической ситуации.

Анализ данных послевоенной статистики позволяет проследить, как развивался в этих условиях процесс послевоенной компенсации населения.

В 1946 г. фиксируется подъем рождаемости во многих регионах России, даже в очень пострадавших в период войны. Первый послевоенный год давал надежду на реализацию процесса демографической компенсации, но в 1947–1948 гг. демографическая ситуация в стране сильно ухудшилась.

В 1946 г. во всех регионах и республиках РСФСР и в СССР в целом естественный прирост был положительным, хотя ситуация в регионах не была однозначной. В РСФСР, по данным архивной статистики, в 1946 г. родилось 2332,8 тыс. человек, умерло 1064,8 тыс., соответственно естественный прирост в абсолютном выражении составил 1268 тыс. человек. По расчетным данным сотрудников НИИ статистики Комитета по статистике РФ, рождаемость составила 2,4 млн человек, смертность – 1,1 млн, а естественный прирост – 1,3 млн человек. В относительном выражении коэффициент естественного прироста составил в

первом случае 11,3%, а во втором – 13,6‰[3]. Смертность в РСФСР достигала в 1946 г. 12,3‰, а рождаемость – 26‰[4].

Ситуация с естественным приростом по регионам была различной. В принципе в городах он был выше, чем в сельской местности, в связи с притоком молодежи в города. Но в городах была выше и смертность, взрослая и детская, из-за большего, чем в селе, распространения инфекционных заболеваний. Кроме того, на производстве, в строительстве был выше травматизм, в частности при разборе завалов вследствие взрывов неразорвавшихся во время боевых действий боеприпасов – снарядов, мин, гранат, авиабомб и т. д.

В ряде областей, прежде всего в Сибири и Зауралье, удаленных от фронта, естественный прирост был значительно выше общероссийского (в Свердловской области – 18,9‰, в Новосибирской – 15,8‰). То же наблюдалось в некоторых национальных автономиях (в Якутской АССР – 27,4 ‰, в Коми АССР – 19,7 ‰)[5]. Причем это происходило прежде всего за счет высокой рождаемости: в Свердловской области ее коэффициент составлял 31,7‰, в Новосибирской, включая г. Новосибирск, – 27‰, в Коми АССР – 36,5‰, в Якутской АССР – 31‰. Ситуация со смертностью в этих областях и республиках была неоднозначной. Если в Новосибирской области показатели смертности были относительно невысоки – 10,6‰, то в Свердловской области – выше среднего по РСФСР, а именно 13‰, а в Якутской и Коми АССР достигали соответственно 16,3 и 16,9‰[6]. Иными словами, смертность в послевоенный период была во многих регионах, даже находившихся в военные годы в глубоком тылу, весьма высокой. Сказывались влияние последствий тяжелых ранений и увечий участников войны и ослабленное здоровье всего населения. Рождаемость же была высокой в районах массовой эвакуации и сосредоточения военной промышленности, где в годы войны было много мужчин, работавших по «брони». Там и после войны находилась довольно большая часть мужского населения, пополнявшегося еще и демобилизованными. Кроме того, эти районы, будучи тыловыми, меньше пострадали, чем оказавшиеся в полосе военных действий. Жилой фонд, хотя и недостаточный, не был разрушен, а нормы питания на заводах были повышенными.

Более благоприятной была ситуация в национальных округах и автономиях, находившихся в тылу. Там сохранялась традиционно высокая рождаемость в силу запаздывания процесса демографического перехода. В тех местностях, которые находились

в непосредственной близости к районам военных действий, рождаемость, как будет показано ниже, в военные и послевоенные годы упала, несмотря на сохранявшиеся традиции много- и среднедетности. Запаздывание здесь демографического перехода не могло пересилить влияния войны.

В европейской части России (как в районах, переживших оккупацию и активные боевые действия, так и в тылу) естественный прирост населения был ниже. Это касается Нижнего, Среднего, Верхнего Поволжья, Приуралья, некоторых мест Центрально-Черноземного района. Так, в пострадавших Курской области коэффициент естественного прироста равнялся 10,2‰, в Орловской – 8,2‰; в Поволжье: в Сталинградской области коэффициент составлял 8‰, в Саратовской – 11,7‰, в Костромской – 5,8‰, на Верхней Волге и в Приуралье: в Кировской области – 8,3‰.

Смертность в большинстве этих областей держалась на уровне 7–9‰. В основном эти районы отличались невысокой рождаемостью. Так, в Курской области коэффициент рождаемости составил в 1946 г. 20,2‰, в Орловской –15,2‰, в Сталинградской – 15,8‰, в Саратовской – 19,5‰[7].

В национальных автономиях Поволжья и Приуралья, в районах оккупации и боевых действий, также наблюдался пониженный прирост населения, хотя рождаемость там еще была традиционно выше, чем в районах с преобладанием русского населения. Однако ни в одной из автономий Поволжья коэффициент рождаемости не поднялся выше среднего по России уровня.

В Марийской АССР он составлял 24‰, в Мордовской АССР – 20,3‰, в Татарской АССР – 22,1‰, в Чувашской АССР – 24‰.

Отсюда и невысокий коэффициент естественного прироста. Так, в Марийской и Мордовской АССР он был равен соответственно 11,5 и 11,3‰, в Башкирской АССР – 8,2‰, в Татарской АССР – 12‰[8].

В некоторых из названных областей и национальных автономий зимой и весной 1946 г. даже имел место отрицательный прирост населения – смертность превышала рождаемость: в Кировской области – в феврале и марте, в Костромской – в январе–апреле, в Марийской АССР – в марте. Например, в Костромской области в феврале рождений было на 308 случаев меньше, чем смертей, в Кировской области в марте рождений было на 403 меньше, чем смертей[9].

Наиболее неблагоприятные показатели естественного прироста населения отмечались в первый послевоенный год в северо-западных и западных областях. Так, в Новгородской области естественный прирост составил в 1946 г. только 2,7‰, в Смоленской – 3,3‰ и т. д. Эти области характеризовались очень низкой рождаемостью – соответственно 13,2 и 11,0‰ – при довольно высокой детской смертности[10]. Причинами были огромные военные потери, оккупация, разорение хозяйства, отсутствие в этот период интенсивного миграционного притока (кроме Ленинграда), переселение жителей из этих мест в Калининградскую область и в Прибалтику.

В Москве и Ленинграде естественный прирост был чуть ниже общероссийского показателя – 12 и 11,4‰ соответственно. Сказывались, кроме всего прочего, и последствия блокады, и то, что Москва длительное время была в прифронтовой полосе (в 1941 и 1942 гг.). По статистике смертности, в Москве в 1945 г. умерло 44,4 тыс. человек, в Ленинграде – 19 тыс. человек.

В Москву и Ленинград все еще продолжалась реэвакуация предприятий и служащих и рабочих с их семьями. Известно, что по разным причинам из эвакуации вернулись не все. А приток молодежи еще в полной мере не давал повышения естественного прироста, так как далеко не все молодые мигранты и демобилизованные военнослужащие сразу обзаводились семьями и детьми. То, что в Москве и Ленинграде естественный прирост был не очень высок именно из-за низкой рождаемости, а не из-за повышения смертности, доказывается тем, что коэффициенты смертности в названных городах после окончания войны были ниже общероссийского показателя, а именно 11,1 и 8,5‰. Сказывались повышение качества медицинского обслуживания и улучшение снабжения в этих городах, в частности повышение норм питания. Рождаемость же в Москве и Ленинграде была не очень высока – 23,1 и 23,8‰. Для сравнения: – в г. Свердловске, где естественный прирост был высок – 21‰, коэффициент смертности был в 1946 г. 13,8‰, а рождаемости – 35,9‰. Общероссийские же коэффициенты составляли соответственно смертность – 12,3‰, рождаемость – 26,0‰[11].

Но даже при положительном приросте населения в 1946 г. надо отметить, что *младенческая смертность (до 1 года)* была довольно высокой и снижала показатели «эффективной» рождаемости. В России она составляла 75,5‰. Наиболее благополучны в этом плане были *южные районы* – Краснодарский край

(50,9‰) и Дагестан (49,4‰); *Центральное Черноземье* – Воронежская (56,3‰), Курская (42,2‰), Орловская (42,7‰) области.

В *западных областях* уже отмечалась тенденция к повышению коэффициента младенческой смертности (в Смоленской области – 64,7‰).

Очень высоки, значительно выше среднероссийских, были эти показатели в *северных и северо-западных областях:* в Новгородской области – 89‰, в Архангельской – 97‰, в Вологодской – 107,9‰, в Коми АССР – 87,5‰.

В *Центральном районе* обращает на себя внимание высокая детская смертность во Владимирской области – 102,7‰.

В большинстве районов *Поволжья* младенческая смертность ниже общероссийского показателя, но все же довольно высока: по Сталинградской области – 67,1‰, по Мордовской и Чувашской АССР – 64–65‰, по Татарской АССР – 68‰ и т. д. При этом очаг повышенной младенческой смертности отмечается в Марийской АССР – 90‰.

Высоки показатели младенческой смертности *на Урале и в Приуралье*: в Свердловской области – 86,1‰, в Кировской области – 112‰.

Если в Сибири с этими показателями дело обстояло относительно благополучно (в Новосибирской области – 55,5‰, в Омской – 60‰), то на Дальнем Востоке вновь фиксировалось их повышение: в Приморском крае – 79,6‰[12].

Особенно высокий коэффициент детской смертности отмечен в 1946 г. в Якутии. В общем он оставался на традиционном уровне – 140‰, однако из-за сохранявшейся традиционно высокой рождаемости в Якутской АССР там был довольно высокий положительный естественный прирост населения – 27,4‰[13].

Причины столь сложной и неблагополучной картины младенческой смертности разнообразны. Прежде всего следует назвать ослабление организма женщин, недостаток питания, результаты психической и физической перегрузки матерей и отцов во время войны и недостаточность лекарств и медицинской помощи. Заметим, что до войны рождались более крепкие и жизнеспособные младенцы, меньше было недоношенных и врожденно слабых детей. Соответственно не было и потребности в сложном и длительном выхаживании новорожденных, что стало после войны одной из главных задач преодоления высокой младенческой смертности. Условий же для подобного выхаживания было недостаточно.

Большую роль среди причин детской смертности играли тяжелые условия быта и труда, неблагоприятные климатические условия, которым ослабленное войной потомство противостояло с большим трудом. Отсюда – повышенная смертность в северных и северо-западных районах, прежде всего от пневмоний, бронхитов и иных простудных заболеваний. На повышении младенческой смертности в Поволжье, центральных, северо-западных районах сказалась эпидемия дизентерии, прокатившаяся по стране в 1946 г. и поражавшая более всего детей до 2 лет. Даже в отчетах о заболеваемости первых послевоенных лет детская дизентерия выделена как особая группа заболеваний, в отличие от общей дизентерии, и ей присвоен особый шифр в медицинской отчетности.

Сезонная детская смертность подтверждает это. Ее повышение отмечается в декабре практически повсюду: в Орловской, Новосибирской, Саратовской, Курской областях, Башкирской, Марийской АССР и т. д. В Ленинграде к декабрю по высоким показателям детской смертности добавляется март, в Саратовской области – январь–февраль, то же – в Смоленской. Зимой и ранней весной младенцы умирали, как правило, от простудных заболеваний. Как видим, статистика смертности именно в это время года очень велика. В 1946 г. очень высокая младенческая смертность отмечается в июле, августе, сентябре: в Москве – в июле–августе, в Ленинграде – в августе, в западных областях и в Среднем и Нижнем Поволжье – в августе–сентябре, в Центральном Черноземье – в июле–августе, в северных областях и на Урале – в сентябре, в Сибири – в июле–августе. Именно в эти месяцы свирепствовала дизентерия. Распространенность причины смерти от этой болезни говорит об эпидемическом характере заболеваемости младенцев дизентерией в 1946 г.[14]

Особое место принадлежит детской смертности в статистике общей смертности в крупных городах. Безусловно, с медицинским обслуживанием и снабжением медикаментами там дело обстояло лучше, чем в глубинке и тем более в сельской местности, однако в Москве младенческая смертность составляет 88,2‰, в Ленинграде – 90,4‰, в Свердловске – 113,5‰, в Горьком – 116,9‰[15]. Иными словами, в Москве среди всех умерших в 1946 г. младенец – каждый шестой, в Горьком – каждый пятый, в Ленинграде – каждый четвертый, в Свердловске – каждый третий. Дело в том, что городское население в силу скученности жилья и антисанитарии в неналаженном еще после войны городском хозяй-

стве было очень сильно подвержено эпидемическим заболеваниям, прежде всего детским. Кроме того, матери и отцы были чрезмерно загружены на производстве, а дети в возрасте нескольких месяцев или даже недель попадали в детские учреждения (ясли), условия в которых далеко не всегда были благоприятны. Декретный отпуск в тот период был довольно коротким, занятость же женщин – очень высокой. Отсюда – повышенная детская смертность и в основном из-за простудных и инфекционных заболеваний, особенно опасных для ослабленных от рождения младенцев.

В таких городах, как Москва и Ленинград, была своя специфика. Высокая младенческая смертность в тот период подтверждается тем, что среди всех умерших дети до 1 года составляют в Москве 15,8%, при этом мальчиков в младенческом возрасте среди всех умерших мужчин – 16,5%; в Ленинграде же этот показатель вообще достигает астрономических высот – среди всех умерших младенцы до года составили 30%, мальчики (среди всех умерших мужчин) – 32,7%, девочки (среди всех умерших женщин) – 28,1%. Вообще горький «вклад» детской возрастной группы в статистику смертности среди всех возрастов – самый значительный. Так, среди всех умерших в Москве детей в возрасте до 4 лет было 18,9%, мальчиков указанного возраста среди всех умерших мужчин – 20%, девочек – 17,7%; в Ленинграде – соответственно 34,7, 37,6 и 31,5%.

Эти данные говорят прежде всего о последствиях войны. Дети, рожденные в годы войны, были ослаблены так же, как и их матери. Отсюда – очень высокие показатели неонатальной и постеонатальной смертности. Дети появлялись на свет с врожденной слабостью, были чрезвычайно подвержены как инфекционным, так и простудным заболеваниям, расстройствам пищеварительного тракта и пр. Эти данные относятся в основном к коренному населению городов, не уезжавшему из них в годы войны. Реэвакуированы были в первую очередь мужчины, занятые в оборонной промышленности и строительстве. Семьи еще оставались в местах эвакуации и возвращались в Москву и Ленинград несколько позднее с уже подросшими за эти годы детьми. Мигранты же были, как правило, холосты и семьей и детьми обзаводились не сразу. Выживаемость и соответственно возможность выздоровления были слабыми. Смертность была высока не только у новорожденных и детей до 1 года, но и в первые годы жизни, особенно у мальчиков.

Если у девочек смертность понижалась к 5–6 годам, то у мальчиков – только к 9 годам. Новый всплеск повышения смертности начинался у мальчиков с 15 лет, а у девочек – с 18. Это объясняется большей выживаемостью девочек и их меньшей задействованностью в детско-подростковом возрасте на производстве в годы войны. Мальчики-подростки из-за работы в оборонной промышленности имели часто ослабленное здоровье и страдали от травматизма, особенно высокого у подростков. Так, мальчики 10–14 лет составляли в Москве среди всех умерших мужчин 1,5%, а 15–19-летние – 3,8%, в Ленинграде – соответственно 2,4 и 4,1%[16].

1947 год отмечен крайне негативными явлениями в динамике показателей рождаемости и смертности. До конца эти неблагоприятные тенденции реализуются в 1948 г. Однако в 1947 г., прежде всего из-за неурожая и голодания населения, отмечены снижение рождаемости и повышение смертности: рождаемость составила 24,5‰, а смертность – 13,8‰. Естественный прирост соответственно стал меньше – 10‰[17]. При этом из-за различий в показателях рождаемости и смертности в разных районах общие показатели по РСФСР в целом не сглажены. Между тем в ряде районов положение складывалось очень серьезное. Так, в производящих областях – Воронежской, Ярославской – в 1947 г. отмечен отрицательный прирост населения, соответственно –0,8‰, –0,2‰. В Тамбовской области смертность превысила рождаемость в 1,2 раза. В северной Вологодской области также ситуация была крайне неблагополучной – смертность в 1,5 раза превосходила рождаемость[18]. В ряде областей естественный прирост приблизился к нулю – в Костромской, Сталинградской, Саратовской, Астраханской, Горьковской и т. д., т. е. демографические последствия голода фиксировались в Среднем и Нижнем Поволжье. Если в Поволжье и Черноземье отрицательный баланс населения наблюдался с апреля по август, то в Вологодской – в марте, а затем с сентября и до конца года. В декабре уже во многих областях смертность превышала рождаемость. Сложившееся положение говорило о том, что и в следующем, 1948 г., демографическая ситуация останется кризисной.

Прежде всего снижение прироста населения в 1947 г. связано с понижением рождаемости по сравнению с 1946 г., что аномально для периода демографической компенсации. Так, рождаемость в большинстве областей европейской части РСФСР в 1947 г. опустилась до 3–6‰: в Горьковской области ее коэффици-

ент составил 5,7‰, в Кировской – 6,1, в Сталинградской – 3,8, в Ивановской – 5,2, в Астраханской – 4,5, в Брянской – 5,1‰ и т. д. Даже в автономиях имело место снижение рождаемости, например в Башкирии – 6,4‰, в Чечне – 5,3‰. Довольно высокой оставалась рождаемость в Сибири: в Красноярском крае – 25,1‰, в Алтайском – 35,1‰, зато и смертность там была соответственно выше – 13 и 15‰, прирост населения составлял 12‰. Но в Приморском и Хабаровском краях рождаемость уже не превышала 13‰, а прирост населения – 7‰. Благополучной была демографическая ситуация в Краснодарском крае: рождаемость – 31‰, естественный прирост – почти 15‰[19], но в целом большинство областей России, кроме южных и восточно-сибирских регионов, отмечены резким падением рождаемости.

Другим тревожным демографическим явлением, характерным для 1947 г., было резкое возрастание младенческой смертности. В целом в РСФСР коэффициент младенческой смертности (до года) поднялся до 127,5‰, т. е. по сравнению с 1946 г. в 1,7 раза[20].

Если в Восточной Сибири и на Алтае этот печальный показатель был заметно ниже общероссийского – соответственно 120 и 112‰, в Краснодарском крае – 115,6‰, то уже на Дальнем Востоке, в Центральной России, на Урале он достигал астрономической высоты (и это несмотря на активную политику по охране детства, которая велась в послевоенные годы): в Хабаровском крае – 171‰, в Калининской области – 151, в Ивановской – 164, в Иркутской – 183, в Кемеровской – 203, в Ярославской – 208, в Сталинградской – 164, в Астраханской – 275, в Воронежской – 295‰ и т. д. На этом фоне благополучно выглядели показатели детской смертности в западных областях, например, в Брянской области соответствующий коэффициент составил 94‰. Ситуация в автономиях неоднозначна: в Башкирии этот показатель в 1947 г. превысил 135‰, т. е. оказался выше общероссийского, а в Дагестане был одним из самых низких – 95‰[21]. Тем не менее практически повсеместно наблюдалось повышение именно младенческой смертности, что послужило одной из причин того, что «бэби-бум» не состоялся.

Причины младенческой смертности до 1 года в 1947 г. типичны для голодных лет: диспепсия, дизентерия, гастро- и энтероколит, воспаление легких[22]. Приведем несколько примеров. В Ростове-на-Дону из 1239 детей, умерших в возрасте до года, от диспепсии умерли 162 ребенка, от гастро- и энтероколита – 413, от

воспаления легких – 293, т. е. на эти причины смерти пришлись почти $^3/_4$ от общего числа случаев младенческой смерти; в Саратове соответственно из 1431 умершего ребенка – 256, 104, 359, кроме того, от дизентерии – 249; в Свердловске – из 2855 умерших младенцев погибли от диспепсии 116, от колита – 297, от воспаления легких – 758, от дизентерии – 702. В более благополучных районах – в Ставрополье, западных областях, Западной Сибири – младенцы умирали в основном от простудных заболеваний, для того времени традиционных. В Туле зафиксировано в 1947 г. довольно много случаев младенческой смерти от диспепсии, не характерной для этой области. В Ярославле из 1562 умерших младенцев от дизентерии погибли 145, от диспепсии – 164, от колита – 182, от воспаления легких – 356, т. е. от вышеназванных причин – $^2/_3$. Та же ситуация была в Уфе. Врожденные пороки развития встречались в то время редко. В принципе такой перечень причин смерти младенцев имел чисто экзогенный характер.

Неблагоприятная ситуация, имевшая место в 1947 г., сохранилась и в 1948 г. (Возьмем за точку отсчета 1946 год как относительно благополучный.) Ситуация со смертностью в годы после голода была сложной. Так, в 1948 г. общая смертность значительно превышала уровень благополучного 1946 г. В целом по России смертность была в 1948 г. на 7,7% выше, чем в 1946 г. В частности, значительно выше она на юге из-за вспышки эпидемических желудочно-кишечных заболеваний: в Краснодарском крае – на 17,4%, в Ставропольском – на 8%, в Астраханской области – на 19,5%. На высоком уровне держится смертность и во многих национальных автономиях. Так, в Татарии в 1948 г. уровень смертности 1946 г. был превышен на 9,5%, в Марийской АССР – на 21,3%, в Башкирской – на 24,4%. Благополучно лишь в Дагестанской АССР: смертность на 24% ниже, чем в 1946 г. Сложная ситуация со смертностью сохраняется на Урале и в Приуралье – в Свердловской области смертность выше, чем в 1946 г., на 29%, в Кировской – на 5%. В Поволжье ситуация неоднозначна. Мы уже говорили о значительном повышении смертности в Астрахани. Кроме того, в Горьковской области смертность повысилась на 9%, в Саратовской – на 5% и т. д. Однако в Костромской области уже отмечается снижение смертности на 13,6%. Неоднозначна ситуация в Центральном Черноземье. Если в Калужской области смертность снизилась по сравнению с 1946 г. на 9%, то в Курской – на 7%. Таким образом, смертность продолжает во многих регионах сохранять тенденцию к повышению. Сказывается влияние

голода, наложившееся на последствия войны. Растет смертность в Восточной Сибири и на Дальнем Востоке. Например, в Приморье ее показатель поднялся по сравнению с 1946 г. на 8%. В то же время в Центральном и Северо-Западном районах смертность имеет слабую тенденцию к снижению: во Владимирской области – на 2%, в Московской – на 3%, в Ленинградской – даже на 16%. Как уже говорилось, состоянию здоровья населения Ленинграда правительство уделяло особое внимание.

На этом фоне по сравнению с 1946 г. в 1948 г. имело место снижение рождаемости во многих областях РСФСР: в *Ставрополье* – 97,5% от уровня 1946 г., *в областях Черноземья* (Воронежской – 97,5, Курской – 84,7%); *в Промышленном центре* (Московской области – 89,5, Владимирской – 101,3% (т. е. почти нулевой прирост), Ивановской – 93,5, Калининской – 98,2%); *в Северо-Западных областях* (Ленинградской – 76,1, Новгородской – 91,2%), *в северных областях* (Вологодской – 79,1, Мурманской – 90,8%), *в Поволжье и Волго-Вятском районе* (Горьковской – 98%, Саратовской – 97,95, Кировской – 94,2%).

Во многом ситуация объясняется голодом 1947 г. В результате прежде всего голода и миграции населения из голодных мест в Вологодской, Владимирской, Калининской, Воронежской, Горьковской, Ивановской, Тамбовской, Ярославской, Рязанской, Костромской, Курской, Ленинградской и ряде других областей Центральной России в конце зимы и весной (чаще всего в феврале–апреле) 1948 г. отмечался отрицательный естественный прирост населения. В марте–мае 1948 г. он был зафиксирован в Удмуртской АССР и в апреле – в Чувашской. На Урале низким естественным приростом (93,2%) по сравнению с 1946 г. и убылью населения в апреле, а в сельской местности – в апреле–мае была отмечена Свердловская область. Как видно из этих данных, последствия голода 1947 г. сказались на довольно обширной территории России, включая и Промышленный Центр, в том числе Ленинградскую и Московскую области.

Что касается детской смертности, показатели ее еще были высоки, но в 1948 г. она начала понижаться, кроме отдельных регионов. Так, в 1948 г. коэффициент младенческой смертности в южных районах и в Центрально-промышленном районе, в части Поволжья и Центрального Черноземья был заметно меньше показателя 1947 г. Например, в Воронежской области – 70,7%, в Куйбышевской – 80, в Саратовской – 68, в Московской – 82,7, в Костромской – 94,2, в Краснодарском крае – 64,6%.

На Дальнем Востоке и в Восточной Сибири положение также относительно благополучное – 95–96%. Однако были регионы и с тревожной, неблагоприятной ситуацией: во Владимирской области – 112%, Вологодской – 123,8, Кемеровской – 106,3, Челябинской – 117,4, особенно же в Свердловской – 133,5%.

Снижение рождаемости в 1948 г. было связано во многих из перечисленных регионов не только с последствиями голода. Были и другие причины снижения рождаемости. В частности, в ряде областей Урала, в Башкирии, Татарии рождаемость снижалась из-за реэвакуации сосредоточенных там в военные годы промышленных предприятий, в связи с чем имел место отток мужского населения детородного и трудоспособного возраста. Эвакуированные рабочие возвращались на места прежнего жительства, кроме того, нередко уезжали и представители местного населения, работавшие в войну на этих предприятиях и представлявшие ценность как специалисты. Реэвакуировалась и часть молодых женщин, как трудившихся на предприятиях, так и вступивших в брак с рабочими и служащими, работавшими по брони.

Реэвакуация была одной из причин снижения рождаемости в Свердловской области, в Хабаровском крае, где она составила 73,9% по сравнению с 1946 г., в Приморском крае – 95,9%, в Башкирской АССР – 98,4%, в Татарской АССР хотя и был прирост населения в 1948 г. по сравнению с 1946 г., но всего на 2%.

Следует, однако, отметить, что в период падения рождаемости в 1947-м и особенно в 1948 г., ситуация в областях и автономиях РСФСР не была однозначной. Например, во многих областях юга, запада России и Поволжья наблюдался в 1948 г. рост рождаемости даже по сравнению с 1946 г.

Так, в Орловской области рождаемость в 1948 г. выросла по сравнению с 1946 г. на 8,5% (хотя соседние области Центрального Черноземья были отмечены снижением рождаемости), в Калужской – на 9,8%. То же мы видим в Нижнем и Среднем Поволжье: при том что в этом регионе очень многие области имели пониженную рождаемость в конце 1940-х годов (как уже отмечалось ранее), в Астраханской области, напротив, в 1948 г. рождаемость по отношению к 1946 г. составила 105,8%, в Куйбышевской – 103,7, в Сталинградской – 110,6, в Чувашской АССР – 106,2, в Марийской АССР – 116,5%.

Повышение рождаемости по сравнению с первым послевоенным годом наблюдалось в 1948 г. и в Сибири, например, в Омской области – на 16,6, в Новосибирской – на 14,2%. В повыше-

ние показателей рождаемости в Восточной Сибири и на Севере внесло свой вклад население спецпоселений и лагерей, особенно с учетом того факта, что в эти места были переселены представители народов Кавказа и крымские татары. И у тех и у других сохранялась традиционная многодетность даже в условиях ссылки.

Самый большой рост рождаемости отмечался в 1948 г. в Дагестане, на 20,8%, там было довольно благополучно с питанием, и в Смоленской области – на 21,6%. В последнюю в это время начался приток демобилизованных, более поздний, чем в районы Промышленного Центра. Туда активно возвращалось население, причем как эвакуировавшееся, так и угнанное во время войны в Германию. Голодом же Смоленщина не была затронута, и туда направился дополнительной поток мигрантов из пострадавших северо-западных областей.

Особой была ситуация с рождаемостью в Москве и Ленинграде. В принципе города – промышленные, транспортные, административные центры – восстанавливались в первую очередь. Туда направлялись активные миграционные потоки демобилизованных из Вооруженных Сил, а также гражданского населения как из коренных жителей, эвакуированных или бежавших оттуда в военные годы, так и из жителей других регионов страны, пополнявших по организованному набору или на основе стихийных переселений в крупнейшие города страны. Значительное число молодежи направлялось на учебу. Так, в Москве и Ленинграде еще во время войны начали действовать высшие и средние специальные учебные заведения, обеспечивавшие подготовку по более широкому спектру специальностей, чем многие провинциальные вузы после войны, тем более что многие из работавших там в войну московских и ленинградских преподавателей реэвакуировались. Молодые люди, закончившие московские вузы, как правило, оседали в Москве на постоянное жительство. То же было и в Ленинграде. Процесс восстановления требовал очень больших трудовых ресурсов. Все прибывавшие имели возможность довольно быстро найти работу, в том числе квалифицированную, получать зарплату, питание, жилье. Разумеется, организации снабжения Москвы и Ленинграда и восстановлению там жилищного фонда, коммуникаций и прочего хозяйства государство уделяло очень большое внимание, но трудностей и сбоев в жизнеобеспечении городов хватало. Особенно если учесть, что Ленинград пережил блокаду, а Москва была долгое время прифронтовым городом. Прибывавшие же туда насчитывались сотнями тысяч.

Однако при огромном притоке населения, в том числе молодого, и мужского и женского, в Москве и Ленинграде наблюдалась относительно низкая рождаемость с устойчивой тенденцией к дальнейшему понижению. Цифры говорят сами за себя. В Ленинграде в 1949 г. по сравнению с 1946 г. родилось младенцев на 27,4 тыс. меньше, а в Москве – соответственно на 23,8 тыс. меньше. Конечно, бытовые трудности внесли свой вклад в снижение рождаемости, однако состояние снабжения и жизнеобеспечения крупнейших городов страны было лучше, чем во многих провинциальных городах. Снижение рождаемости в Москве и Ленинграде объяснялось прежде всего очень высокой занятостью женщин и на производстве и в учебе, причем у многих работа и обучение совмещались, для чего в крупнейших городах существовали большие возможности. В принципе в столице женщине было легче самореализоваться в профессиональном плане, получить образование, сделать карьеру. Играла роль и значительная удаленность места работы или учебы от места проживания. Детские учреждения, кроме того, что их было недостаточно, также часто были значительно удалены от места проживания ребенка и родителей. Бабушки же и дедушки, традиционно помогающие в выхаживании и воспитании детей, как правило, оставались в деревнях или маленьких городах. Семьи часто состояли из работающей молодежи. Чрезмерная занятость и напряженный ритм жизни женщины на фоне ослабленного войной здоровья вызвали всплеск перинатальной смертности, досрочных родов, развитие пороков внутриутробного развития младенцев.

Влияли и быстрое по сравнению не только с селом и провинциальными городами, но и со столичной жизнью до войны разрушение патриархального уклада, нарушение у прибывавших сложившихся ранее брачных связей, изменение семейных ценностей, более терпимое отношение общественности к ограничению рождаемости (прежде всего к аборту), к добровольной бездетности, в том числе семейных пар. В провинции женщин, сделавших аборт, называли обидными прозвищами, даже близкие им люди обвиняли их в совершении криминального действия, убийства, душегубства. К бездетным семьям также существовало негативное отношение – явное презрение, а если сочувствие, то тоже с презрительным оттенком или откровенной жалостью. Обычно родственники и знакомые начинали выяснять, кто именно, муж или жена, виноват в бездетности, именно «виноват», и выяснив, по своему разумению побуждали «невинного» супруга(гу) к разводу.

В столице же влияние общественного мнения не было столь сильно. Люди, особенно в районах новых застроек, новых заселений, мало знали друг о друге, связь с оставшимися в провинции или в деревне родственниками и друзьями постепенно ослабевала. Возникала ситуация «они нам не указ».

Известно, что в городах, особенно мегаполисах, быстрее развивается демографический переход, быстрее становится преобладающей и малочисленная и малодетная семья. Это, безусловно, во многом объясняет падение рождаемости. В условиях послевоенной демографической компенсации оно могло быть менее значительным или даже приостановиться на несколько лет. Однако влияние названных причин оказалось сильнее и вызвало значительное и устойчивое падение рождаемости в Москве и Ленинграде, откладывание и вступления в брак, и рождения даже первого ребенка на более или менее длительный срок. Эти же причины усиливали и неустойчивость брака.

Следует назвать и еще одну причину – ухудшение экологической обстановки. В послевоенный период обе столицы стали крупнейшими центрами промышленности, в том числе оборонной. Быстро развивались химические и смежные производства – химико-биологические и др. Разрабатывалось ядерное оружие. Производились новые виды техники. Эти производства нередко находились на окраинах городов или же в ближайших пригородах. Степень вредности производств и система мер безопасности были еще слабо разработаны. Жилые корпуса для рабочих и служащих, детские учреждения, дачные и приусадебные участки, как правило, находились в непосредственной близости от предприятий, в том числе с высокой степенью вредности. При застройке в целях скорости, прочности и использования новых технических средств порой применяли непроверенные на вредность материалы. Например, «вечным» гранитом (в противовес использовавшимся ранее в качестве декоративно-отделочных и строительных материалов «мягких» мрамора, песчаника, известняка, дерева) отделывались жилые дома и здания с аптеками и магазинами продовольственных товаров и т. д. Печальное лидерство Москвы и Ленинграда по онкологическим заболеваниям не случайно.

Кризисная ситуация с рождаемостью, сложившаяся в 1947-м и особенно в 1948 г., резко меняется в 1949 г. Активно реализуется демографическая компенсация. Повышение рождаемости, причем значительное по сравнению не только с тяжелы-

ми 1947 и 1948 гг., но и с 1946 г., охватывает почти все регионы России.

Так, в Вологодской области рождаемость по сравнению с 1946 г. составила в 1949 г. 124%, во Владимирской – соответственно 128,5, в Воронежской – 129,1, в Кемеровской – 133,1, в Новосибирской – 139,6, в Свердловской – 136, в Смоленской – 144,2, в Ставропольском крае – 121,8, в Татарской АССР – 125,5, в Чувашской – 120,8% и т. д. Повысилась рождаемость как в районах, где наблюдалось ее падение в голодные годы, так и в районах, где и ранее ситуация с рождаемостью была относительно благополучной. Несколько более медленными темпами росла рождаемость в Нижнем Поволжье: в Куйбышевской области, по сравнению с 1946 г. она составила 112,8%, в Саратовской –105%.

К 1949 г. демографические процессы нормализуются и повсеместно снижается младенческая смертность. Ее коэффициент по РСФСР в 1948 г. составил 94,8‰, а в 1949 г. – 83,3‰. В Поволжье и Центральном Черноземье он опустился до 62–67‰, исключением была лишь Куйбышевская область, где показатель младенческой смертности остался на уровне 78‰. В самых неблагополучных в этом плане областях, таких как Ленинградская, Владимирская, Вологодская, он в 1949 г. не превысил 84–86‰. Даже в Свердловской и Кемеровской областях, где ее показатели были еще довольно высоки (соответственно 106,7 и 102‰), появилась тенденция к снижению. В Московской области младенческая смертность также заметно понизилась по сравнению с 1948 г., составив 68,7‰. Улучшилась ситуация и в национальных республиках, например в Татарии коэффициент младенческой смертности опустился за год с (1948 по 1949 г.) с 91 до 86‰. Итак, в 1949 г. наблюдается явное снижение показателей младенческой смертности, хотя они еще далеки от западно- и среднеевропейского уровня.

Обращает на себя внимание устойчивость высоких показателей младенческой смертности в районах крупных промышленных строек – в городах Свердловске, Кемерове. При этом в столице, несмотря на активное промышленное строительство, удалось снизить младенческую смертность более всего за счет качества медицинского обслуживания. Добились понижения этого показателя и в Ленинграде, несмотря на пережитую блокаду и очень большой приток жителей, возвращавшихся из эвакуации, часто с ослабленным здоровьем. К тому же им предстояли труд-

ности с жильем и с трудоустройством. В городе удалось добиться больших организационных успехов по размещению, снабжению и жилищному обеспечению вновь прибывшего и реэвакуированного населения, а также блокадников. С последними было особенно много проблем, касавшихся медицинского обслуживания и питания. Снижение младенческой смертности в пережившем блокаду городе было показателем успешной социальной политики, в том числе в области здравоохранения. Последствия голода тоже постепенно изживались.

Однако ситуация с рождаемостью и младенческой смертностью в первое послевоенное пятилетие была крайне неустойчива и не походила на довольно длительный и последовательный процесс демографической компенсации, результатом которой во многих странах стал «бэби-бум».

Безусловно, в России произошло увеличение рождаемости, но эта тенденция была непоследовательна и неоднозначна.

Компенсаторный период имел место, но в силу экзогенных причин он не превратился в длительный поступательный процесс. Период повышенной рождаемости после войны был очень коротким и фактически прерван голодом 1947 г. В основном он охватил лишь самый конец 1940 – начало 1950-х годов. Следует учесть, что, несмотря на повышение рождаемости в компенсаторный период, она так и не достигла довоенного уровня.

Война и особенности послевоенного периода привели к тому, что в нашей стране не было так называемого демографического выигрыша, т. е. активного пополнения населения молодым поколением, что произошло в странах, переживших «бэби-бум». В России он практически не состоялся, и его очень скоро сменил процесс, который определяется как «бэби-спад». Иными словами, демографическая компенсация в России была недостаточной и неполной.

2
Заболеваемость и смертность населения во второй половине 1940-х годов

География заболеваемости в первые послевоенные годы была достаточно обширной. Отдельные вспышки инфекционных заболеваний фиксировались почти повсеместно.

Прежде всего отметим распространение болезни, ставшей подлинным бичом послевоенного периода, –

*малярии**. В течение многих последующих десятилетий о ней и ее признаках было забыто. Однако опасная болезнь не исчезла и в последние годы вновь напомнила о себе. В сезон 2001 г. личинками малярийных комаров было заселено 58% водоемов. Площадь обработки составила 1411 га. За 2001 г. в столице было зарегистрировано 214 случаев инфицирования малярийным плазмодием, что почти в два раза выше, чем за год до этого[23]. Специалисты считают, что потепление климата может привести к появлению в России опасных экзотических инфекций, в прошлом не типичных для нашей страны. Ситуация может усугубиться возрастающим потоком мигрантов из Азербайджана, Таджикистана и др.

В последние годы в Московской области появились малярийные комары. По мнению медиков и биологов, для создания благоприятных условий для размножения экзотических паразитов достаточно повышения температуры на полградуса. Если раньше малярийные комары не успевали размножаться в нашем климате из-за относительно низких летних температур, то теперь такая возможность у них появилась. Благоприятствуют также размножению малярийного комара слабость или отсутствие апрельских и майских заморозков. Предотвратить заражение малярией трудно, тем более что нестойкий иммунитет появляется только у тех, кто уже переболел этим заболеванием. Более того,

---

* *Малярия*, известная также под названиями «болотная лихорадка», «перемежающаяся лихорадка», – острое инфекционное заболевание. Источником инфекции является только человек, больной малярией. Инфекция передается через различного вида комаров, прежде всего рода *Anopheles* (малярийный комар). Для малярии характерны повторяющиеся приступы сильного озноба, высокой температуры и обильного пота. Она широко распространена в теплых и влажных регионах со среднегодовой температурой 16°С и выше, встречается также в зонах более умеренного климата и совсем отсутствует в приполярных областях. Болезнь характеризуется лихорадочными приступами, анемией, увеличением печени и селезенки. Приступы возникают обычно утром с максимальной температурой в первой половине суток (при овалемалярии приступы начинаются вечером после 18–20 часов). Озноб наступает внезапно и бывает «потрясающим». Его длительность 1,5–2 часа.

Период озноба сменяется жаром, а с началом снижения температуры больной начинает сильно потеть. Его состояние быстро улучшается, он успокаивается и часто засыпает. В период между приступами са-

наблюдаются рецидивы малярии у уже переболевших ею в 1940–1950-е годы, причем приступы повторяются после перерыва в несколько десятков лет.

В связи с недостаточным финансированием на обработку водоемов площадь заселения их личинками комаров увеличивается год от года. Правда, в самое последнее время биологи и иммунологи в России и за рубежом приступили к разработке новых средств против распространения малярийного комара и малярии, а насколько они действенны – покажет время.

Малярия была широко распространена в России в послевоенный период, причем в очень многих регионах.

Климат на большей части территории не располагал к развитию этой болезни, традиционно российское население малярией в большинстве своем не страдало. Однако активные перемещения населения в военное время и первые послевоенные годы, эвакуация людей, а затем их реэвакуация, строительство новых промышленных баз в южных и восточных районах РСФСР и СССР и связанные с этим активные миграции между Россией, Казахстаном и Средней Азией были причинами повышенной заболеваемости малярией. Этому способствовало также отсутствие у населения большинства районов России противомалярийного иммунитета.

Между тем последствия малярии весьма ощутимы. В период острого течения болезнь буквально изматывает человека, снижая

мочувствие больного остается хорошим, нередко он сохраняет работоспособность. Приступы повторяются регулярно, например при трехдневной малярии – через день, а при четырехдневной – через два дня. Температура во время приступов достигает обычно 40°С и выше. Уже после первых двух-трех приступов появляется выраженное увеличение печени и особенно селезенки, она болезненна при пальпации. Нередко бывает герпетическая сыпь. В результате распада эритроцитов возникают бледность и желтушное окрашивание кожных покровов. Без соответствующего антипаразитарного лечения некоторые виды малярии очень устойчивы: так, длительность трехдневной малярии доходит до 23 лет. При малярии возможны осложнения: малярийная кома, разрыв селезенки, изменение состава крови, в частности повышение СОЭ. Наиболее действенными средствами борьбы с малярией являются уничтожение комаров-переносчиков, предохранение людей от укусов комаров (использование репеллентов, защитных сеток). Лицам, выезжающим в эндемичные по малярии местности, проводят химиопрофилактику. За переболевшими малярией осуществляют диспансерное наблюдение в соответствии с инструкциями.

не только его трудо-, но и жизнеспособность. Особенно сильно она действовала на организмы людей, ослабленных войной и трудностями послевоенного периода. Опасность малярии, которая может привести и к летальному исходу, усугубляется тем, что она поражает людей разного возраста, в том числе детей. У людей, переболевших малярией, часто остаются последствия – увеличение селезенки и боли в ней, нарушения в работе печени. Малярия оставляет долгий, практически пожизненный след в составе крови. Переболевшие не могут быть донорами, даже для близких родственников. У матерей, переболевших малярией, дети рождаются с увеличенной селезенкой (иногда это с возрастом проходит).

В 1945 г. в РСФСР насчитывалось 2 млн больных малярией, причем 33% из них относились к «свежезаболевшим» (по терминологии того времени), т. е. первичным. Малярия фиксировалась во всех без исключения районах и областях России, например, в Новгородской области – 10 тыс. случаев, из них 44% «свежих», в Рязанской – 34 тыс. случаев, из них 42% «свежих», в Смоленской – 57 тыс. случаев, из них 42% «свежих», во Владимирской – 17 тыс., из них 47% «свежих»[24]. Статистика позволяет отметить наиболее крупные очаги заболеваемости малярией в 1945 г. Свыше 100 тыс. заболевших насчитывалось в Краснодарском крае, Брянской, Воронежской областях, свыше 50 тыс. – в Красноярском крае, Московской, Горьковской, Куйбышевской, Курской, Орловской, Ростовской, Саратовской, Смоленской, Сталинградской, Тамбовской, Чкаловской областях, Башкирской и Татарской АССР[25]. Везде было значительное число «свежих» заболеваний.

В предыдущих главах говорилось об эффективной борьбе, которая велась на государственном уровне с малярией. Осушение болот, обработка водоемов, разработка лекарственных препаратов, широкое применение профилактических мер, на что были выделены немалые по тем временам средства, довольно быстро начали давать результаты.

В 1946 г. число больных начало заметно уменьшаться, даже в условиях продолжающихся активных миграций. Так, в РСФСР больных насчитывалось свыше 1,6 млн, т. е. заметно меньше, чем в предшествующем году. Но из них «свежезаболевших» было по-прежнему более 30%. Лечение проводилось успешно, а перелома в росте заболеваемости не наблюдалось. Для его достижения потребовалось несколько лет. В 1946 г. болезнь еще фиксировалась во всех регионах России. Однако число крупных очагов сократи-

лось. Лишь в Краснодарском крае число больных превышало 100 тыс., а 50 тыс. – в Брянской, Московской, Смоленской, Чкаловской областях, Татарской АССР. В очень многих районах уменьшилось число больных, в основном за счет излечившихся. Смертность от малярии была невысока, а приток заболевших все еще значителен. Болезнь была более распространена в сельской местности, на которую приходилось 70% заболевших. Госпитализация использовалась редко, в самых тяжелых случаях (в 1946 г. всего 11% больных).

Были и районы, где ситуация с заболеваемостью малярией существенно не улучшилась. Это прежде всего уже неоднократно упоминавшиеся Смоленская и Чкаловская области, кроме того, Приморье, Красноярский и Хабаровский края, а также Кемерово, Новосибирская область, Якутская АССР. Впрочем, в этих регионах распространение малярии было традиционным.

Рост заболеваемости отмечен в Чувашской и Северо-Осетинской АССР, а также в Ленинграде и Ленинградской области. В последнем случае это связано с возвращением в город эвакуированного населения, в том числе из районов, сильно зараженных малярией.

В районах, не типичных для распространения этого заболевания, как правило, заметно сокращение и заболевших, и «свежезаболевших». Во Владимирской области за год число больных уменьшилось на 29%, а «свежезаболевших» – на 25%, в Ярославской – соответственно на 30 и 41%, в Ивановской – на 23 и 20%, в Пензенской – несколько менее, на 10 и 2,5%[26], однако все же сокращение наметилось. Таким образом, в структуре заболеваемости малярией начали проявляться благоприятные тенденции.

Во многих регионах России фиксировались вспышки и отдельные случаи *брюшного тифа* – опасного остроинфекционного заболевания. Городское население было больше подвержено заболеваемости брюшным тифом, что объясняется и большей плотностью заселения, и постоянным притоком мигрантов.

Не является неожиданным тот факт, что более всего заболевших наблюдалось в 1945 г. в Москве – более 2,7 тыс. зарегистрированных случаев[27]. Следует заметить, что санитарно-противоэпидемический контроль тогда охватывал практически всю территорию России, и число случаев заболевания достаточно точно отражает действительное положение вещей. Причем практически все больные в Москве были госпитализированы. Вне больниц проходило лечение не более 10 человек (неслож-

ные случаи или болезнь были определены уже на стадии выздоровления).

В Ленинграде обстановка в этом плане была более благополучной, но и там в 1945 г. было зафиксировано около 1 тыс. заболеваний брюшным тифом.

В том году тиф чаще всего встречался в Сибири и на Урале. Дальний Восток и Европейская Россия были задеты им в меньшей степени. Так, в Алтайском крае было отмечено 1,5 тыс. случаев заболеваний, в Новосибирске – около 2 тыс., в Иркутской и Омской областях – около 1 тыс. случаев в каждой, в Свердловской – 1,3 тыс., в Кемеровской – 2,5 тыс., в Красноярском крае – 1 тыс. и т. д.

В Читинской области было также зарегистрировано относительно много заболеваний брюшным тифом – около тысячи, но в Хабаровском и Приморском краях уровень заболеваемости был невысок – заболевшие исчислялись несколькими сотнями.

Относительно распространен был брюшной тиф в областях, пограничных с Казахстаном, например, в Курганской области в 1945 г. была зарегистрирована почти тысяча заболеваний.

Что касается Европейской России, то там случаи тифа фиксировались чаще в южных и северных районах, однако далеко не все северные и далеко не все южные районы были отмечены распространением этого заболевания. Так, в Вологодской области зафиксировано 960 заболевших, а в Коми АССР – менее 100, в Ростовской области – 1100, а на Северном Кавказе – единичные случаи. Обстановка в Поволжье (притом, что желудочно-кишечные инфекции очень часто распространяются в районах, прилегающих к руслам больших рек) была в 1945 г. довольно благополучной – в Чувашии, Удмуртии, Саратовской, Горьковской областях вспышек «брюшняка» не отмечалось. Даже в Астрахани, где желудочные инфекции особенно активны, было отмечено менее 500 случаев заболеваний, что относительно немного для данного периода. Однако встречались и тревожные ситуации – в Ярославской области была зарегистрирована явная вспышка, 1,3 тыс. заболеваний[28]. Тревожный симптом создавал угрозу для прилегающих к водной артерии районов.

В конце войны этот тип кишечно-желудочной инфекции отмечался во многих районах страны, но явной угрозы эпидемии не было. Борьбе с этим заболеванием уделялось со стороны врачебно-санитарных органов большое внимание. Лечение осуществлялось в специализированных инфекционных больницах. Из

всех заболевших в целом по РСФСР было госпитализировано 99%, по районам этот процент колебался от 98 до 100.

Смертность от брюшного тифа в этот период была очень низкой, подавляющее большинство больных выздоравливали.

Таким образом, вопреки распространенному мнению, география заболеваний не связана прямо и единственно с расположением мест заключения, хотя этот фактор, безусловно, играл свою роль. Вспышки брюшного тифа наблюдались и в районах сосредоточения эвакуированных, и в перенаселенных промышленных центрах, и в районах крупных транспортных развязок.

В 1946 г. эпидемий брюшного тифа также не было, но вместе с тем отдельные вспышки требовали внимания и медиков и администрации, прежде всего городской. По-прежнему в основном страдало городское население, но и в сельской местности случаи заболеваемости присутствовали. Так, в большинстве регионов, где отмечались в 1946 г. вспышки тифа, на городское население приходилось от 55 до 85% от всех заболевших: в Кемеровской области – 84%, в Краснодарском крае – 63, в Пензенской области – 63, в Ростовской – 72, в Саратовской – 55% и т. д. В целом по РСФСР процент горожан среди заболевших брюшным тифом составлял 61[29]. Как видим, не только городское, но и сельское население также страдало от этой опасной инфекции. Естественно, в районах с преобладанием сельского населения случаев заболеваний было больше, однако все-таки лидировало городское население. Но бывали и исключения. Например, в Воронежской области более 70% среди заболевших составляли именно сельские жители. Хотя недоучета заболеваний в тот период было немного, они все-таки встречались и в основном в сельской местности, поэтому число заболевших там было несколько больше, чем зарегистрировано статистикой. Однако госпитализировалось сельское население в не меньшей степени, чем городское. В той же Воронежской области в 1946 г. отмечена стопроцентная госпитализация заболевших и по городу, и по селу. Результативность этих мер подтверждается успешным предотвращением массовых эпидемий.

Между тем от медиков, санитарного контроля и статистиков требовались постоянное внимание и активные действия. Последствия «расслабления» были бы необратимы. Вспышки и учащение случаев заболеваний фиксировались то там, то здесь. Будучи подавлены в одном регионе, они тут же возникали в другом. Это относится не только к тифозным, но и ко многим другим видам

инфекций. Почва для их распространения была подготовлена войной. Интенсивные миграции, в том числе из удаленных мест, резкая смена привычных условий жизни, поток демобилизованных, затрудненность адаптации в местах эва- и реэвакуации, истощенное, измотанное физически и морально войной население, постоянно возникающий и неизживаемый в этих сложных условиях дефицит лекарств и медицинских кадров, нарушения санитарного состояния поселений и учреждений, огромная перегруженность городского и междугороднего транспорта – все это создавало почву для возникновения широкомасштабных эпидемий. Для их предотвращения необходимо было вести энергичную антиинфекционную кампанию.

Большую роль в распространении тифа сыграл начинающийся голод. По России число заболевших брюшным тифом с 1945 по 1946 г. увеличилось с 48 до 59 тыс.

В Москве в 1946 г. уровень заболеваемости брюшным тифом был еще более высоким, чем прежде, – 3,4 тыс. больных, т. е. их число увеличилось на 26%. Такая ситуация связана кроме прежде называвшихся причин высокой распространенности инфекционных заболеваний в крупном промышленном, административном и транспортном центре еще и с вспышкой тифозной инфекции в Центральном районе и Поволжье, откуда в Москву прибывал интенсивный пассажирский поток, в том числе в связи с реэвакуацией и начинавшимся бегством из голодных мест.

Действительно, в Поволжье, в Промышленном и Черноземном центрах России отмечался в 1946 г. рост числа заболеваний по сравнению с 1945 г. Так, в Саратовской области было в 1946 г. зафиксировано 1,2 тыс. заболевших, а сверх этого в Саратове – 1,5 тыс., в Ярославской области – около 1 тыс., в Рязанской – 1,1 тыс., в Воронежской – 2,3 тыс., в Курской –2,4 тыс., Тамбовской – 1,5 тыс., в Пензенской – 1,6 тыс.[30] и т. д.

В автономиях Поволжья не было особого напряжения в плане заболеваемости брюшным тифом: в Чувашии – менее 100 случаев, в Марийской АССР – менее 80 и т. д. Выделяется довольно большим числом заболеваний Татарстан – 600 случаев, что на 20% больше, чем в 1945 г.

Повысилась заболеваемость брюшным тифом и на Юге России: в Краснодарском крае – до 1 тыс. случаев, в Ростовской области (Ростов-на-Дону) – до 3,2 тыс., это был один из эпицентров заболеваемости. Однако на Северном Кавказе была стабильно низкая заболеваемость: в его районах и автономиях отмечалось

по нескольку десятков случаев заболеваний, иногда немногим более 100.

В Северном и Северо-Западном регионах заболеваемость брюшным тифом оставалась низкой, а в тех районах, где в 1945 г. отмечалось оживление этого типа инфекции, сократилась. Иными словами, происходила нормализация обстановки. Так, в Мурманской области отмечено в 1946 г. всего 60 случаев заболеваний, в Коми АССР – около 100, в неблагополучной в предшествующем году Вологодской области – 420 случаев (сокращение заболеваемости почти вдвое), в Ленинграде – 800 случаев, что на 11% меньше, чем в 1945 г. В последнем заболеваемость сократилась относительно ненамного, однако для столь крупного города, жестоко пострадавшего в войну, в условиях активно идущей демобилизации и реэвакуации это свидетельствует о благоприятной тенденции. В целом в Центре и на Юге России ситуация с заболеваемостью в 1946 г. брюшным тифом была тревожной[31].

В 1946 г. ситуация с заболеваемостью брюшным тифом в Сибири и Уральском регионе нормализуется, число заболеваний сокращается. В Красноярском крае и на Алтае оно снизилось вдвое, в Кемеровской области – в 2,5 раза, в Свердловске – на 33%. Более чем в четыре раза сократилась заболеваемость брюшным тифом в Курганской области. Однако даже в Сибири положение не было устойчиво благополучным. Например, в г. Новосибирске сохранялся по-прежнему высокий уровень заболеваемости, более 1,6 тыс. случаев за год. Тревожной была ситуация в Читинской области, где число заболеваний возросло на 60% и превысило 1,6 тыс.[32]

На Дальнем Востоке заболеваемость брюшным тифом заметно возросла. Так, в Приморском крае было зафиксировано более 750 случаев заболеваний вместо 460 в предшествующем году, а в Хабаровском крае – более 700 случаев вместо 300. При этом нельзя сказать, что это были самые неблагополучные в плане заболеваемости тифом регионы Российской Федерации.

Другая остроинфекционная болезнь – *сыпной тиф* – также возникала в послевоенные годы в виде вспышек и отдельных эпицентров. Эпидемии не было, но угроза ее возникновения существовала. Ситуация была более сложной, чем с брюшным тифом. В 1945 г. было зафиксировано довольно много случаев заболевания сыпняком – 122,8 тыс., причем практически во всех регионах России. Довольно высокая заболеваемость фиксировалась в Западном, Северо-Западном и Южном регионах, на Северном Кав-

казе, в Нижнем, Верхнем и Среднем Поволжье, в Центральном Черноземье, в промышленном центре в Сибири, в Уральском регионе. Так, в Смоленской области было отмечено 4,5 тыс. случаев заболеваний сыпным тифом, в Брянской – 3,8 тыс., в Псковской – 2 тыс., в Новгородской – 2,8 тыс., в Дагестане – 4 тыс., в Кабарде – 2 тыс., в Ставрополье – 2,6 тыс., в Краснодарском крае – 1,8 тыс., в Татарии – 3,2 тыс., в Чувашии – 3 тыс., в Горьковской области – 3,3 тыс., в Курской – 3,8 тыс., в Воронежской – 3,4 тыс., в Тамбовской – 2,5 тыс., в Рязанской – 2,6 тыс., в Тульской – 2,5 тыс., в Московской – 3 тыс., в Тюменской – 2,3 тыс., в Омской – 2,8 тыс., в Новосибирской – 2,5 тыс., в Челябинской – 2 тыс., в Башкирии – 3,7 тыс., в Красноярском крае – 3,2 тыс., на Алтае – 4,5 тыс.[33]

Столь большое число очагов заболеваний несло в себе реальную опасность возникновения эпидемии. Причин существования и распространения сыпного тифа в послевоенной России хватало: истощение, и физическое и нервное, недостаточное питание, распространение педикулеза, с которым отчаянно боролись санитарно-медицинские организации и который вспыхивал вновь и вновь. Влияли на распространение тифозной инфекции и лагеря, в том числе лагеря для военнопленных. Способствовали ее распространению и мигранты. Не следует забывать, что на оккупированных территориях фашисты специально заражали население различными инфекциями и не оказывали медицинской помощи. Эти действия являлись частью политики геноцида «расово-неполноценных» неарийских народов. Особенно активно подобные действия осуществлялись оккупантами при отступлении гитлеровской армии. Не случайно мы видим в 1945 г. вспышки инфекции в западных, северо-западных и части центральных областей, подвергавшихся оккупации.

Относительно благополучная обстановка наблюдалась лишь на Дальнем Востоке: в Хабаровском крае было отмечено менее 200 случаев заболевания сыпным тифом, в Приморье – лишь 60.

В крупнейших городах обстановка была довольно тревожной, особенно в Москве, где в 1945 г. насчитывалось более 1,8 тыс. заболевших сыпным тифом, а в Ленинграде – 0,8 тыс.[34]

В 1946 г. практически повсеместно наблюдается снижение заболеваемости сыпным тифом, причем значительное. В целом по России отмечено 64,5 тыс. случаев заболевания, т. е. на 50% меньше, чем в 1945 г. В Сибири это снижение достигает 50%, в за-

падных областях – почти 60%, в центральных – 40–50% и т. д. Несколько слабее происходит это снижение в Поволжье (Татарская, Удмуртская АССР, Куйбышевская область) – на 30–35%, несколько быстрее – в Чувашии, почти в два раза. В Саратовской же области, например, заболеваемость сыпняком осталась на том же уровне. В Москве при ощутимом снижении числа заболеваний их еще довольно много – 1,1 тыс. В Ленинграде количество больных снизилось до 0,4 тыс.

Особенно значительно снизилась заболеваемость в автономиях Северного Кавказа: в Дагестане – в 4 раза, в Кабарде – в 2, составив по 1 тыс. случаев, в Северной Осетии – с 1,5 тыс. до 0,2 тыс.

Однако существовали и отдельные районы, где заболеваемость сыпняком повысилась: в Рязанской области – с 2,6 до 3,8 тыс. заболеваний, в Тамбовской – с 2,5 до 3,3 тыс., в Коми АССР – с 0,8 до 1,2 тыс.[35] Так что несмотря на заметные успехи в подавлении тифозной инфекции терять бдительность органам здравоохранения было рано. Сама дисперсность названных очагов внушала тревогу, особенно если учесть надвигавшийся голод.

Больных сыпным тифом, как правило, госпитализировали. Процент госпитализированных в 1946 г. составлял 98% от всех заболевших.

Сыпной тиф был распространен как в городской, так и в сельской местности, причем в сельской даже более: из всех заболевших сыпным тифом в России в первый послевоенный год только 22% пришлись на городскую местность, остальные – на сельскую. Естественно, что в индустриально развитых областях процент заболевших в сельской местности оказался ниже – 45–55% (например, в Свердловской и Челябинской областях). Напротив, в Черноземье он достигает 90% (в Орловской и Тамбовской областях)[36].

Возвратный тиф сразу после войны был относительно мало распространен, причем заболеваемость им сокращалась. В 1945 г. в России было отмечено всего 15,9 тыс. случаев заболевания, а в 1946 г. значительно меньше – 6,8 тыс.[37] Во многих регионах эта болезнь практически отсутствовала, в некоторых отмечались отдельные случаи. Однако в 1945 г. было несколько очагов на территории Европейской России: в Брянской области – 2,5 тыс., в Калужской – 2,2 тыс., в Астраханской – 2,8 тыс. Неблагополучно было в этом плане на Северном Кавказе: в Краснодарском крае была зафиксирована 1 тыс. случаев, в Грозненской области – 0,9 тыс., в Дагестанской АССР – 1,3 тыс.[38] В 1946 г. заболевае-

мость во многих из названных районов многократно уменьшилась. Например, в Астраханской области было зафиксировано всего 0,4 тыс. заболеваний, в Калужской – 0,3 тыс. и т. д. Упорнее был очаг на Северном Кавказе – в Грозненской области заболеваемость осталась почти на прежнем уровне, в Дагестане даже повысилась на 30%[39].

Вспышки возвратного тифа наблюдались в январе–феврале. Болезнь была распространена преимущественно в сельской местности: из всех зарегистрированных в 1946 г. случаев 65% пришлись именно на нее, например в Калужской области – 90%, в Астраханской – 87%, в Дагестанской АССР – 65% случаев заболевания были отмечены у сельских жителей.

Даже в крупнейших городах, где, как мы видим, с инфекционной обстановкой было неблагополучно, возвратный тиф не имел особого распространения. В 1946 г. в Москве был отмечен 121 случай заболевания, в Ленинграде –17 случаев.

Больные возвратным тифом лечились в основном стационарно. Из всех заболевших было госпитализировано 99%[40].

Паратиф в последний военный и первый послевоенный годы был распространен незначительно. Случаев заболевания паратифом насчитываются в регионах России, как правило, десятки, иногда несколько сотен. Больше всего случаев заболеваний в 1945 г. было в Москве – более 700, в Саратове – также более 700 и в Ленинграде – более 500[41]. В 1946 г. по количеству заболеваний паратифом выделяются города Москва (около 1 тыс.) и Саратов (более 700). В целом, кроме этих двух эпицентров, ситуация была благополучной. Преобладали отдельные случаи, а не очаговые вспышки. Заболевших, как правило, лечили в больничных условиях. Из всех зарегистрированных заболевших было госпитализировано 99%[42].

Большинство пострадавших находилось на момент заболевания в городах. Однако во многих областях России паратиф больше был распространен в сельской местности. В Горьковской области в селах и деревнях было отмечено 62% от всех случаев заболевания, в Воронежской – 75, в Калининской – 58, в Калужской – 66, в Курской – 57, в Рязанской – 60, в Сталинградской – 72, в Тульской – 56%[43] и т. д.

Даже в военных условиях удалось избежать распространения *оспы* в России. В 1945 г. были отмечены единичные случаи этого заболевания. В 1946 г. в связи с интенсивными миграциями, в том числе из восточных регионов, случаев болезни фикси-

руется несколько больше – свыше 50. Практически все они приходились на май месяц и были отмечены как в городах, так и сельской местности. Однако в мегаполисах эта болезнь отсутствовала благодаря усиленному санконтролю. Болезнь отмечалась в Приморье, Красноярском крае, Иркутской, Читинской и Великолукской областях[44]. Излечение практически на 100% проводилось в больничных условиях в сочетании со строгой изоляцией больных, что было одним из обязательно соблюдавшихся условий предотвращения распространения заболеваемости оспой.

Сложнее была ситуация с такой болезнью, как *сибирская язва*. Случаи заболеваний насчитывались сотнями, причем в 1946 г. они составили 600 – на 50% больше, чем в 1945 г. 22% заболеваний пришлись на города, остальные – на сельскую местность. Большинство случаев было зарегистрировано летом, в июле–августе. 94% заболевших подлежали госпитализации. География заболевания была довольно широкой. Очаги были отмечены в Краснодарском крае, Ставрополье, в Грозненской области, в Северной Осетии, в Дагестане, в Ростовской, Воронежской, Курской, Пензенской, Тамбовской областях. Сибирская язва была зафиксирована во многих районах Поволжья – в Сталинградской, Куйбышевской, Саратовской областях, в Татарской АССР. В Сибири и Уральском регионе она в первые послевоенные годы почти не встречалась. Спокойно в этом отношении было на Северо-Западе, Западе и практически во всем промышленном центре России. В мегаполисах заболеваний было мало: в Ленинграде – вообще один случай за два года, видимо у приезжего, а вот в Москве все-таки было отмечено более 10 случаев заболевания сибирской язвой[45].

В санитарно-медицинской статистике отмечено оживление *туляремии* – природно-очаговой бактериальной инфекции, опасного заболевания, поражающего лимфатические узлы и сопровождающегося лихорадкой и интоксикацией. Учитывая некоторые черты сходства клинической картины с чумой, ее даже называют «малая чума». Туляремия передается человеку от грызунов и кровососущих насекомых, а также при использовании некачественной пищи, например злаков, испорченных грызунами – носителями заболевания, при обработке зараженной сельхозпродукции: обмолоте зерна или продуктов животноводства и т. д.[46] В период военных действий во многих странах в связи с разрушением хозяйства, нехваткой питьевой воды, отсутствием санитарного контроля за качеством продуктов питания, а также ослабле-

нием вакцинаций населения наблюдалось и до сих пор наблюдается оживление этой опасной болезни. Примером может служить недавняя вспышка туляремии в Косово.

Во время Великой Отечественной войны туляремия была широко распространена на территории России и представляла собой грозную опасность для населения. Некоторое время высокий уровень заболеваемости туляремией сохранялся и после войны. Так, например, только в 9 областях Северо-Западного региона России с 1946 по 1949 г. было зарегистрировано 4592 случая туляремии, т. е. ежегодно заболевало в среднем 1148 человек[47].

Эпидемиологическая ситуация по туляремии значительно улучшилась после того, как началась широкая и систематическая иммунизация населения туляремийной вакциной. Ослабление прививочной кампании обычно приводит к вспышкам болезни. В целом по России в 1945 г. было отмечено довольно много случаев заболевания – 134 тыс., а в 1946 г. налицо явное их сокращение – 75 тыс. Болезнь была в основном распространена в сельской местности. Основные центры заболеваемости были и в 1945 и в 1946 гг. в районах с большим аграрным сектором: в Тамбовской области 72 тыс. заболеваний в 1945 г. и 18 тыс. – в 1946 г., в Рязанской – соответственно 24 и 13 тыс., в Воронежской – 14 и 11 тыс., в Ростовской – 7 и 4,5 тыс., в Краснодарском крае – 5 и 2 тыс. Заболеваемость заметно понизилась, однако справиться с туляремией было не так просто. В том же 1946 г. возникло несколько новых очагов: в Курской области – 3,5 тыс. случаев, в Астраханской – 3,2 тыс., в Тульской – 1,6 тыс., в Пензенской – 1,5 тыс. и т. д. Устойчивость заболеваемости туляремией объяснялась в том числе появлением уже в 1946 г. очагов голодания на территории России[48].

Среди инфекционных заболеваний следует также отметить в послевоенный период вспышку *бруцеллеза*. В 1946 г. в России больных бруцеллезом насчитывалось около 30 тыс., из них 5,5 тыс. – первичных заболеваний. Это заболевание широко распространено во многих странах мира, особенно в тех, где развито животноводство. В России бруцеллез традиционно встречается в Краснодарском и Ставропольском краях, на Южном Урале и в других областях. В 1945–1946 гг. география заболеваемости расширилась. Человек заражается бруцеллезом при употреблении сырого молока от больных животных и приготовленных из него молочных продуктов (сыр, масло, творог). Ситуация сразу после войны, характеризовавшаяся нехваткой пище-

вых продуктов и зачастую их некачественностью, привела к довольно широкому распространению бруцеллеза: в Алтайском крае – свыше 2 тыс. заболевших, то же – в Красноярском крае, около 2,5 тыс. больных в Тюменской области, более 2 тыс. – в Омской, около 2 тыс. – в Челябинской и Читинской областях. Самое большое число больных – 3,5 тыс. – наблюдалось в Чкаловской области. Там же каждый год отмечалось по 550–700 новых заболеваний. Следует отметить, что лечится бруцеллез достаточно длительно и с трудом. Он поражает больше сельское население, лечение проводится в домашних условиях, тем более что от человека к человеку не передается, и необходимости в строгой изоляции больных нет. Кроме названных районов случаи бруцеллеза встречались в Саратовской, Куйбышевской областях, в Ставрополье, Дагестане и ряде других районов[49]. Бруцеллез излечим и не влияет на потомство, однако опасен осложнениями для перенесшего его человека, а именно местной гнойной инфекцией костей и суставов (в 20–85% случаев): артрит, бурсит, остеомиелит, позвоночные или парапозвоночные абсцессы, эндокардит, тромбофлебит, поражение нервной системы и т. д.

В первое послевоенное время смертность от *дизентерии* была еще значительна, и в медицинской статистике эта болезнь стояла в одном ряду с тяжелейшими инфекционными заболеваниями. Дизентерия – кишечное заболевание, чреватое опасными осложнениями, обычно она распространяется летом и осенью. Причиной часто бывает употребление немытых овощей, ягод, фруктов. В популярной медицинской литературе дизентерию называли одно время «болезнью грязных рук». Однако одного мытья рук и плодов для предотвращения этого заболевания недостаточно. Летом и ранней осенью водоемы – пруды, озера – бывают зачастую заражены возбудителем дизентерии. Употребление сырой воды также может привести к заболеванию. До появления антибиотиков дизентерия представляла реальную опасность для жизни, особенно в младенческом и детском возрасте. Ее лечение при помощи антибиотиков, как правило, позволяет избежать летального исхода и даже победить болезнь за короткий срок, но в ряде случаев остается в качестве осложнения дисбактериоз. В послевоенный период антибиотики уже применялись (пенициллин), но препаратов, восстанавливающих кишечную флору, практически не было. Теоретические разработки подобных препаратов велись, но до их внедрения в широкую практику должно было пройти почти два десятилетия.

В 1945 г. в России было зафиксировано более 70 тыс. случаев заболевания дизентерией. Как и тиф, эта болезнь была очень распространена в крупных городских центрах: в Москве – почти 10 тыс. заболевших, в Ленинграде – 8,5 тыс. Иными словами, на столицы пришлось 26% всех случаев заболеваний по Российской Федерации. Кроме них выделяется печальной статистикой Свердловск – более 3 тыс. заболеваний. Причины те же, что и по заболеваемости тифом, – скученность, несовершенство коммунальных служб, нарушения санитарной обстановки, обилие мигрантов. Что касается региональной географии распространения заболеваемости дизентерией, то в 1945 г. ее вспышки фиксировались на Дальнем Востоке (в Приморье – 2,6 тыс. случаев, в Хабаровском крае – 3,6 тыс.); в Сибири (в Красноярском крае – 1,4 тыс. случаев, в Новосибирской области – 1,1 тыс. с эпицентром в г. Новосибирске – более 900 случаев, в Якутской АССР – около 900 случаев); на Урале – в Свердловской области, включая Свердловск, – 5,8 тыс., в Челябинской области – около 2 тыс. Неблагополучно было в Чкаловской области – более 1 тыс. случаев, в Ростовской – более 900 случаев, также и в ряде других областей[50].

Центральный район не был особенно затронут дизентерией в 1945 г., за исключением уже упоминавшихся Москвы и Московской области. В последней, без учета заболеваемости собственно в столице, насчитывалось 3,5 тыс. случаев дизентерии. Следует отметить также в промышленном центре вспышку дизентерии в Ивановской области, где было зафиксировано 1,7 тыс. заболевших. В Поволжье, где дизентерия обычно летом частый гость, 1945 год был в этом отношении довольно спокойным. Только в Куйбышеве была отмечена вспышка – 1,2 тыс. случаев заболевания. При этом в Куйбышевской области обстановка не вызывала тревоги – менее 150 заболевших[51].

Среди благополучных в этом плане районов следует отметить Центральное Черноземье. В Орловской, Пензенской, Калужской, Воронежской, Курской областях случаи заболевания были малочисленны, обычно не более 150–200 случаев по каждой из областей. Немного заболеваний было и в западных и северо-западных районах, кроме, как уже говорилось, Ленинграда. Так, в Брянской области было зафиксировано 220 случаев заболевания дизентерией, в Новгородской – 190, в Псковской – 300[52]. На Севере заболеваемость была несколько выше: в Вологодской, Архангельской областях насчитывалось до 700 случаев заболеваний в каждой, однако это также не может быть отнесено к явной вспышке.

В 1946 г. произошли заметные и негативные изменения в уровне заболеваемости дизентерией. По России было зафиксировано уже более 100 тыс. случаев заболевания, т. е. на 30% больше, чем в 1945 г. Практически во всех отмеченных в предшествующем году неблагополучных районах случаи дизентерии участились, причем значительно. Особенно изменилась в неблагоприятную сторону обстановка в Москве и Ленинграде. В Москве заболеваемость возросла по сравнению с 1945 г. в два раза, число случаев достигло 19,9 тыс., в Ленинграде – в 1,8 раза с числом заболеваний 15,3 тыс.[53] Положение дел беспокоило правительство. Госплан СССР запросил статистические сведения по главнейшим эпидемическим болезням в Ленинграде за 1946 г. Особое внимание в последовавшей по запросу аналитической записке было уделено значительному распространению в городе дизентерии. В записке это объяснялось «значительным наплывом нового населения в Ленинград, еще недостаточно устойчиво устроенного в бытовом отношении, а также недостаточной санитарной культурой как в области личного обихода, так и в отношении пользования пищевыми продуктами»[54]. Эти причины, безусловно, имели влияние, но сказывались и недостаточность медицинского обслуживания, и недооценка проблемы городскими властями и медицинскими организациями. Нельзя исключать и поставок недоброкачественных продуктов и нарушений режима их хранения.

В 1946 г. в Москве основная вспышка заболеваемости дизентерией была в июле, в Свердловске – в августе, в Ленинграде же устойчиво активная заболеваемость фиксировалась с июля по сентябрь.

Высокий уровень заболеваемости дизентерией существовал в 1946 г. во многих районах Сибири и Дальнего Востока: в Красноярском, Приморском, Хабаровском краях, в Читинской, Новосибирской областях и т. д. При этом в Хабаровском крае наблюдалось заметное увеличение заболеваемости дизентерией – на 60% (число случаев заболеваний достигло 6 тыс. в год), в Читинской области – на 85% (1,5 тыс. случаев в год), в Приморском крае – на 80% (2,8 тыс. случаев), в Новосибирской области уровень оставался по-прежнему довольно высоким, а в самом Новосибирске даже несколько повысился (1,1 тыс.). Некоторое понижение заболеваемости дизентерией отмечено в Красноярском крае и на Алтае. Однако в целом ситуация по сравнению с 1945 г. ухудшилась. Правда, следует отметить и наличие благо-

получных областей с небольшим числом заболеваний (Томская область).

В Свердловской области, включая Свердловск, и в собственно Свердловске число заболеваний заметно понизилось, оставаясь при этом значительным – соответственно 3,4 и 1,6 тыс. Заметное понижение произошло и в Челябинске. На Урале в целом распространение дизентерии уменьшилось.

В северных и западных районах очагов заболеваемости стало, напротив, больше. И в Вологодской, и в Архангельской областях заболеваемость дизентерией выросла за год в первом случае на 13% , а во втором – даже на 29%. Что до западных Брянской и Смоленской областей, то там фиксируется резкий подъем заболеваемости – в 2,5 и 1,5 раза[55].

Расширяются имевшиеся ранее очаги заболеваемости в Центрально-Промышленном районе и в Поволжье. В первом кроме уже упоминавшейся Москвы отмечается большое число случаев заболеваний в Ивановской области – 2 тыс., т. е. значительное увеличение по сравнению с предшествующим годом. Кроме того, почти в три раза повысилась заболеваемость дизентерией во Владимирской области. Число случаев там достигло 650 – не самая большая цифра в Европейской России, однако резкий рост позволяет говорить об опасном очаге распространения этой инфекционной болезни. В Тульской и Рязанской областях также число случаев заболевания выросло более чем в два раза. В Поволжье заболеваемость остается высокой: свыше тысячи случаев в Куйбышеве, при этом она явно увеличивается и в Саратовской области (до 1,2 тыс.), в Горьком (1,7 тыс.), в Татарской АССР (0,9 тыс.), в Удмуртской АССР (0,6 тыс.). В последнем случае показатель не особенно высок, однако по отношению к 1945 г. он составил 125%[56].

Значительно изменилась в негативную сторону ситуация в Центральном Черноземье. В ряде областей этого региона в июле–августе 1946 г. наблюдается резкое повышение заболеваемости дизентерией. В Воронежской области рост заболеваемости по отношению к 1945 г. составил 165% (почти 500 случаев), в Калужской – соответственно 230% (около 800 случаев). В Пензенской и Орловской областях сохранялась спокойная обстановка, однако быстрое распространение дизентерии отмечалось и в этом регионе.

На юге европейской части России наблюдался рост заболеваемости в Краснодарском крае. В Ставропольском крае она оставалась на прежнем уровне, как и в автономных республиках Се-

верного Кавказа, хотя и испытывала незначительные колебания в сторону то уменьшения (Дагестан), то увеличения (Кабарда, Северная Осетия). Однако число случаев заболевания было невелико.

Очевидно, возрастание заболеваемости дизентерией в 1946 г. было связано прежде всего с дефицитом пищевых продуктов, жилья, нарушениями в военные годы систем жизнеобеспечения населения – водоснабжения, канализации, транспортных коммуникаций, снабжения товарами первой необходимости. Положение осложнялось необыкновенной интенсивностью миграционных потоков. Люди, пережившие войну, были подвержены желудочно-кишечным заболеваниям в силу авитаминоза, нервного истощения, нарушения обменных процессов.

Дизентерия чаще была распространена в городах, однако и село сильно от нее страдало. В целом по России 70% зарегистрированных случаев заболевания дизентерией приходилось на города, как крупные, так и малые. Однако нередки были районы, где заболеваемость дизентерией в селе была выше, чем в городе. Это прежде всего районы Поволжья, Центрального Черноземья, промышленного центра России и некоторые другие. Например, в Брянской области на сельских жителей приходилось 77 зарегистрированных случаев заболевания дизентерией, в Орловской – 70, в Калужской – 65, в Великолукской – 57, в Костромской – 54, в Пензенской – 53, в Рязанской – 70, в Смоленской – 68, во Владимирской – 50, столько же – в Марийской АССР, в Мордовской АССР – около 60% и т. д.

На лечение дизентерии медицинскими учреждениями обращалось особое внимание. Больных, как правило, госпитализировали, хотя эта болезнь может быть успешно излечена и в домашних условиях, однако старались путем госпитализации предотвратить ее распространение, так как при существовавшем дефиците жилья невозможно было соблюдать элементарные санитарно-гигиенические нормы. В результате в 1946 г. было госпитализировано в России 146,6 тыс. больных дизентерией, т. е. 92% от всех заболевших.

Особенно опасна дизентерия в младенческом и раннем детском возрасте. Учитывая это, отечественная медицинская статистика особо фиксировала сведения по заболеваемости дизентерией у детей в возрасте до 2 лет. В первые послевоенные годы детскому здоровью и выживаемости младенцев уделялось особое внимание. Видимо, в результате принимаемых по охране детского здоровья мер в 1945 г. заболеваемость младенцев и детей до 2 лет

дизентерией была невелика и во многих районах ограничивалась несколькими десятками, а иногда и единицами. Снова выделяются большим числом случаев заболеваний Москва и Ленинград – по 2,2 тыс. в каждом. Довольно много случаев дизентерии в раннем возрасте в Приморье и Хабаровском крае – соответственно около 0,6 и 1 тыс. Более 0,5 тыс. случаев было зафиксировано в Свердловске. Болезнь появлялась в летне-осенний период, в июле–августе, в некоторых местах – в июле–сентябре. В 1946 г. общее ухудшение положения с заболеваемостью дизентерией сказалось и здесь. Заболеваемость выросла по России с 13,2 тыс. случаев в 1945 г. до 26,1 тыс. в 1946-м, т. е. практически в два раза, хотя число случаев все равно было не особенно велико. Увеличилась заболеваемость в уже называвшихся эпицентрах. Так, в Москве она возросла в 2,5 раза, достигнув рекордной по стране цифры – 5,3 тыс. случаев заболевания, в Ленинграде – в два раза, превысив 4 тыс. случаев заболевания; в Хабаровском крае отмечался рост заболеваемости на 63% (1,6 тыс. случаев), в Приморском – соответственно на 67% (1 тыс. случаев). В Свердловской области заболеваемость сохранилась на прежнем уровне[57].

Появились и новые очаги повышенной заболеваемости: Новосибирская область с Новосибирском – 0,5 тыс. случаев, Горьковская область – 0,7 тыс. случаев, Ивановская область – 0,5 тыс. случаев. Тревожным фактором было и расширение географии заболеваемости. Во многих регионах число заболеваний, само по себе не столь значительное, в 1946 г. резко возросло, например, в Саратове с 90 случаев в 1945 г. до 170 в 1946 г., в Ростове-на-Дону – соответственно с 0 до 196 случаев и т. д. По всему Поволжью и Северному Кавказу заболеваемость возросла в 1,5–2 раза[58]. Правда, были и районы, где число заболевших дизентерией младенцев и детей сократилось, но в целом сложившаяся обстановка требовала концентрации усилий медицинских, санитарных и всех детских учреждений в борьбе с распространением болезни. Лечили ее при наличии почти полной госпитализации.

По этому виду заболевания, как правило, в рассматриваемый период имел место недоучет заболевших в сельской местности. Если по тифозным и ряду других остроинфекционных заболеваний диагнозы достаточно полно ставились и в городской, и в сельской местности, то определить в сельской местности именно дизентерию, отделив ее от других видов острых кишечных расстройств у детей, было достаточно сложно, так как требовались ана-

лизы на посев, т. е. наличие оборудованных лабораторий. В город за этим ездили не всегда, особенно если удавалось перебороть болезнь и добиться положительной динамики в ее протекании. Поэтому зафиксированные в послевоенные годы случаи младенческой заболеваемости дизентерией на 90% приходятся на города.

Гастроэнтероколит поражал обычно детей до 2 лет и представлял для них большую опасность. Как и прочие кишечные заболевания, он был весьма распространен после войны из-за ослабленности населения и нехватки и недоброкачественности питания, а начинающийся голод 1946–1947 гг. усугубил и без того тревожную ситуацию. Распространялся гастроэнтероколит летом и ранней осенью, поражая в равной степени и городское, и сельское население, на город приходилось, например, в 1946 г. 56% заболеваний. Госпитализировалась небольшая часть заболевших – 12%, остальные, как правило, лечились на дому. В 1945 г. детей, страдающих этим заболеванием, и так было довольно много – 235 тыс., но в 1946 г. цифра увеличилась в 1,5 раза и число больных превысило 340 тыс. Не было ни одного района, где бы не отмечались многочисленные случаи заболевания. Особенно выделялись повышенным уровнем заболеваемости Краснодарский, Хабаровский, Алтайский края, Ленинград, Москва, Свердловская, Ярославская, Ростовская области. Практически во всех этих очаговых районах увеличилось в 1946 г. число заболевших: в Хабаровском крае – на 40%, в Московской области – на 86, в Свердловской области – на 50, в Ярославской – на 45, в Ростовской – на 20, в Ленинграде – на 30%[59]. Появились и новые многочисленные очаги – Воронежская, Горьковская, Курская, Кировская, Молотовская, Пензенская, Саратовская, Челябинская области, Башкирская, Удмуртская АССР и ряд других. Были и районы, где число заболевших за год уменьшилось, – например, на севере страны, в Восточной Сибири, на Дальнем Востоке. Но в целом в соответствии с районами распространения послевоенного голода очаги детских кишечно-желудочных заболеваний охватывают постепенно южные, юго-восточные районы, все Поволжье, Приуралье и Зауралье, Центральное Черноземье.

Токсическая диспепсия менее других инфекционных заболеваний была распространена в 1945 г. Больных было зафиксировано 16 тыс. по всей России. Обычно в областях и районах число больных было невелико: в Калининской области – 78 случаев заболевания, в Брянской – 50, в Пензенской – 85 и т. д. На этом

фоне выделялись несколько очагов с относительно высокой заболеваемостью. Более всего случаев было в Ленинграде – 2,4 тыс., в Москве – значительно меньше, но также относительно много – 0,7 тыс.[60] В целом же, кроме этих крупнейших городских центров, диспепсия в европейской части страны особого распространения не имела, зато фиксировалась в Сибири, на Дальнем Востоке, в Уральском регионе. Так, в Хабаровском крае была отмечена 1 тыс. случаев заболевания, в Приморском – 0,8 тыс., в Свердловской области – 0,4 тыс., в Молотовской области – 0,5 тыс. В 1946 г. картина резко изменилась. В динамике заболеваемости диспепсией появились негативные тенденции и тревожные симптомы. Прежде всего это резкий рост заболеваемости по России в целом. В 1946 г. было зафиксировано более 30 тыс. случаев заболевания. Затем – значительный рост заболеваемости в упоминавшихся районах и появление новых очагов. В Ленинграде насчитывалось 3,2 тыс. случаев заболевания (естественно, речь идет о новых заболеваниях). В Москве соответственно фиксируется уже 1,4 тыс., в Хабаровском крае – 2 тыс., в Приморском крае – 1,8 тыс., в Свердловской области – 1,1 тыс., в Молотовской – 0,9 тыс. Появляются новые эпицентры, например в Ивановской области, где заболевает 0,8 тыс.[61] Но и в тех местностях, где случаев не так уж много, очевидно их учащение: в Пензенской области число заболевших больше соответствующего показателя 1945 г. на 114%, в Томской – на 196, в Саратовской – на 172, во Владимирской – на 190, в Удмуртской АССР – на 135%[62]. Из приведенных данных следует вывод не только об увеличении числа случаев заболеваемости, но и о расширении ее географии.

Диспепсия развивалась летом и ранней осенью – с июля по сентябрь. Способствовало этому начинавшееся продовольственное неблагополучие в ряде районов. Как и другие кишечно-желудочные инфекции, болезнь была более распространена в городах из-за скученности, прилива мигрантов, нарушения санитарных норм. На городские поселения приходилось 70% случаев заболевания. Лечение проходило в основном в больничных условиях, хотя процент госпитализированных (73%) здесь значительно ниже, чем при тифозной инфекции.

Следует отметить также заболеваемость *полиомиелитом* в послевоенные годы. Число заболеваний было невелико. Борьба с болезнью велась очень активно, существовали действенные вакцины. Так как эта болезнь особенно страшна для детей, медицина уделяла борьбе с ней особое внимание. В результате в 1945 г. бы-

ло по РСФСР отмечено всего 235 случаев полиомиелита, а в 1946 г. значительно меньше – 133 случая. Почти все они были зарегистрированы в Ленинграде и Ленинградской области[63]. Больных довольно часто госпитализировали, однако многие лечились в домашних условиях.

Сложнее обстояло дело с *эпидемическим энцефалитом*. Случаи заболеваемости в России были не часты, в 1945 г. было отмечено немногим более 100 заболевших, а в 1946 г. – вдвое меньше. Однако эта болезнь, особенно у детей, проявляется не всегда ярко, страшные же ее последствия – скованность (ригидность) мышц, замедленность движений, бедность мимики, монотонность речи, мелкое ритмическое дрожание, охватывающее как конечности, так и голову (паркинсонизм) – сказываются не сразу. Обычно между первой стадией, характеризующейся субфебрильной температурой и сонливостью, и второй, где уже в полной мере проявляются вышеназванные признаки болезни, проходит относительно большой срок. Поэтому случаев заболеваний фактически могло быть значительно больше, но они не были вовремя выявлены и правильно диагностированы[64].

Среди инфекционных заболеваний в первые послевоенные годы отмечены массовые заболевания *гриппом*. В то время грипп, как правило, протекал довольно легко, мало отличаясь от острых респираторных заболеваний. Смерть от гриппа была редка. Однако гриппозные эпидемии уже утвердились в жизни российского населения. В 1945 г. гриппом болело 5,7 млн жителей России, а в 1946 г. – 7,6 млн. Городское население было более подвержено гриппу, особенно в крупных городах. Например, в 1946 г. в Москве болело более 1 млн человек, в Ленинграде – около 700 тыс.[65] Однако госпитализировано было не более 3%.

Для полноты представления о трудностях послевоенной ситуации с заболеваемостью населения необходимо остановиться еще на одном весьма специфическом заболевании – *цинге*. Сейчас мало кто знает ее признаки. Вспоминают обычно описанные в художественной литературе кровоточивость десен и пятна на коже у участников экспедиций и строителей-первопроходцев на Крайнем Севере, в Сибири, на Дальнем Востоке.

Согласно медицинским справочникам, цинга – это авитаминоз С в стадии ярко выраженных клинических проявлений в виде распространенных кровоизлияний в ткани, изменения структуры костей, атрофии мышц, расстройств функций практически всех органов. У больных цингой особенно часто кровоизли-

яния происходят в тканях, подвергающихся механическим воздействиям, – в коже и подкожной клетчатке, деснах, мышцах, сухожилиях, нарушается функция некоторых клеток иммунной системы (отмечается выраженное снижение противоинфекционной иммунной защиты), возникает ряд поражений желудка и тонкой кишки (геморрагии, катаральный антерит, при осложненном течении – фолликулярные и фолликулярно-язвенные энтерит и колит), отмечается кровоточивость десен, их разрыхление, отек и нередко язвенный стоматит. В костях развивается остеопороз с возникновением в ряде случаев патологических переломов.

Основная причина цинги – длительное (в течение 1–3 месяцев) непоступление в организм аскорбиновой кислоты (витамина С) с пищей. Это наблюдается при голодании (когда цинга может сочетаться с алиментарной дистрофией), а также употреблении в пищу пищевых концентратов и консервов, не содержащих витамина С, например участниками дальних походов, экспедиций (особенно в полярных зонах, в зимнее время), оказавшимися в длительной изоляции. Наряду с авитаминозом С в формировании проявлений цинги участвует и неизбежный при неполноценном питании дефицит других витаминов (особенно содержащихся в тех же видах пищи, недостаток которых приводит к авитаминозу С), в частности витамина Р и фолиевой кислоты.

В развитии цинги немалую негативную роль играли интенсивная мышечная работа и стресс.

Давно отмечена связь цинги с неполноценным питанием населения в голодные годы из-за неурожая или вследствие социальных потрясений, особенно в периоды войн, когда болезнь приобретала характер массовой вспышки. Высокая заболеваемость цингой отмечалась в русской армии во время Первой мировой войны, а в период Великой Отечественной войны наиболее значительная массовая вспышка наблюдалась среди населения блокадного Ленинграда.

Однако статистика заболеваемости населения России в 1945–1946 гг. показывает широкое распространение цинги, не ограниченное составом армии или жертвами блокады. Больных насчитывалось около 50 тыс.[66] Учтем при этом, что к врачебной помощи обращались не все заболевшие, а лишь с углубившимся и тяжелым течением болезни. Многие в начальной стадии лечились народными средствами. При этом поражает география распространения цинги. Неудивительно, что тысячи случаев заболе-

вания были отмечены в Красноярском, Хабаровском краях, в Тюменской, Архангельской и Вологодской областях. Но тысячи случаев фиксируются в Воронежской, Брянской, Курской, Орловской, Московской областях, в Мордовии, Чувашии и Татарии. Многие сотни заболевших были зафиксированы во Владимирской, Костромской, Ульяновской областях, а также в Свердловской и Саратовской областях[67]. Причем во многих случаях отмечается повышение заболеваемости в 1946 г. по сравнению с 1945 г. Распространена она была в основном в сельской местности.

В принципе лечение, особенно на ранних стадиях, действенно, однако требует и питания, и лекарств. В Ленинграде большими усилиями ситуацию с цингой удалось переломить, и в 1946 г. там отмечено всего 58 случаев. Однако в целом по стране ситуация вызывала тревогу.

Голод 1947 г. несколько изменил структуру заболеваемости населения большинства российских регионов. Тревожные изменения проявились уже в 1946 г., особенно во второй его половине. 1947-й и затем 1948 г. усугубили эту ситуацию. Результатом голода как в острых, так и в латентных формах непременно является оживление ряда желудочно-кишечных заболеваний, в том числе инфекционных и особенно детских. Это естественно связано с нарушениями питания матерей и младенцев, нерегулярностью и недостаточностью питания, употреблением в пищу некалорийных, «грубых» (жмыхи) и просто недоброкачественных продуктов. Из-за серьезных нарушений питания наблюдается ослабление детского и взрослого организма, снижаются его сопротивляемость и иммунитет к инфекциям. В условиях развертывания очагов заболеваемости начинает недоставать лекарственных препаратов, ослабление же организма ведет к тому, что традиционные и, как правило, доступные лекарственные средства (отвары, настои, прогревания) теряют эффективность и становятся недостаточными. Борьбу с кишечными инфекциями в условиях дефицита продуктов питания сильно затрудняет сложность, а часто невозможность соблюдения больными необходимых лечебных диет. Массовые перемещения беженцев из неурожайных районов способствуют распространению инфекций.

В голодное время обычно активизируются тифозные заболевания. Вспышки брюшного тифа, начавшиеся в 1946 г., как мы видели, в Поволжье, на юге России и в крупных городах центрального региона, в 1947 г. еще не угасли. Правда, усилиями медиков, в частности благодаря активной вакцинации и развитию

санитарного контроля за качеством пищевых продуктов, особенно ввозимых в города, а также за составом питьевой воды и санитарным состоянием жилищ и детских учреждений, удалось избежать масштабной эпидемии и даже понизить в ряде регионов уровень заболеваемости брюшным тифом и паратифом, но лишь отчасти. Эти опасные и свойственные голодному времени болезни все еще регистрируются во многих районах России, проявляя упорство. Здесь особенно интересна статистика по городам, так как основной поток мигрантов и беженцев устремлялся в города, и прежде всего крупные, в надежде найти организованное снабжение продуктами питания и работу. Заболеваемость брюшным тифом в 1947 г. по-прежнему отмечается в очень многих регионах России. Правда, ее уровень понизился в большинстве из них на 20–30%: в Москве – на 23%, в Свердловске – на 37, в Ростове-на-Дону – на 13%[68]. Однако в значительной части Поволжья – Куйбышевской области, Сталинградской и ряде других – он остался прежним. А в северо-западных районах уровень заболеваемости брюшным тифом даже повысился, например в Ленинграде – на 10%[69]. Еще более неспокойной была картина заболеваемости паратифом. Несмотря на принимаемые меры, снижение уровня отмечается лишь в небольшом числе районов промышленного центра. В южных же районах, в Среднем и Нижнем Поволжье, на Урале, в Сибири отмечается рост заболеваемости паратифом в 1947 г., причем значительный – в 1,5–2 раза. Так, в Новосибирске заболеваемость паратифом выросла за год вдвое, в Челябинске – в 1,7 раза, в Куйбышеве – в 1,5 раза, в Ростове-на-Дону – в 1,6 раза[70].

Однако наиболее тревожным было быстрое распространение в 1947 г. заболеваемости сыпным тифом. Она быстро росла повсеместно, причем многократно. Уже образуются чреватые эпидемией эпицентры: в Челябинске по сравнению с прошедшим 1946-м в 1947 г. заболеваемость возросла более чем в 10 раз, в Свердловске – в 5 раз, в Ленинграде – также почти в 5 раз[71]. Ненамного отставала и столица, где число заболевших, несмотря на усиленный санитарный контроль, достигло 4 тыс. человек, т. е. более чем в три раза по сравнению с предшествующим годом[72]. Сыпной тиф быстро распространялся в Среднем и Нижнем Поволжье, в южных и северо-западных районах и т. д. Так, в Горьком и Саратове число больных сыпным тифом увеличилось в 2 раза, в Куйбышеве и Сталинграде – в 3 раза, в Молотове – в 1,5 раза, в Ростове-на-Дону – в 2,3 раза[73]. Если в 1946 г. множество случаев

было зафиксировано в сельской местности, то в 1947 г. очень быстро увеличилась заболеваемость сыпняком именно в городах, и прежде всего в больших. Принимаемые администрацией и медицинскими учреждениями меры оказались явно недостаточными из-за усилившегося притока беженцев из пострадавшей от неурожая и голода сельской местности. В больших городах в условиях жилищного дефицита, сверхплотной заселенности и все еще не восстановленного в полной мере городского хозяйства опасность возникновения эпидемий была очень велика. В связи с этой ситуацией в 1947 г. особое внимание медики уделяли прививкам против сыпного тифа. Число вакцинированных значительно увеличилось по сравнению с предшествующими годами, а в медицинской отчетности появилась специальная графа по вакцинации против сыпного тифа. Были приняты усиленные меры по снабжению городов продовольствием, по увеличению производства лекарств и медикаментов и т. д. Все это дало свои результаты, и эпидемию удалось предотвратить. К концу 1940-х годов заболеваемость этим видом инфекции резко понизилась.

Спутниками голода являются обычно такие болезни, как дизентерия, прежде всего детская, гастроэнтероколит, также у детей, и токсическая диспепсия. Все эти заболевания оживились в 1947 г.

Заболеваемость взрослого населения дизентерией выросла на 30% в большинстве регионов, например в Западной Сибири. Если в Новосибирске в 1946 г. дизентерии почти не было, то в 1947 г. там были отмечены тысячи случаев. В Поволжье, Саратове заболеваемость выросла в 6 раз[74]. В крупнейших городах рост не был таким высоким, однако число заболеваний в 1947 г. отмечалось немалое – в Ленинграде свыше 10 тыс. заболевших, в Москве – около 26 тыс[75]. В итоге количество больных дизентерией в РСФСР составило 150 тыс. человек[76].

Что касается дизентерии у детей в возрасте до двух лет, то заболеваемость ею росла повсеместно и очень быстро: в целом по РСФСР увеличилась более чем в два раза, составив более 60 тыс. больных[77]. Значительное увеличение заболеваемости дизентерией в младенческом и раннем детском возрасте отмечалось во всех районах и городах Среднего и Нижнего Поволжья, на Урале, в Центральном, Юго-Восточном и Северо-Западном районах и т. д. Так, в Москве и Ленинграде число случаев заболевания дизентерией в возрасте до двух лет выросло вдвое, в Поволжье: в Горьком – в 1,5 раза, в Куйбышеве – в 2 раза, в Саратове – более чем

в 5 раз, в Сталинграде – втрое; на Урале и в Приуралье: в Молотове и Челябинске – в 4–5 раз, в Свердловске – вдвое; в Сибири: в Новосибирске – в 2,5 раза; на Юге: в Ростове-на-Дону – в 3,5 раза и т. д.[78] Растет и число смертельных исходов при заболеваемости дизентерией детей в возрасте до двух лет.

Резко, как и младенческая дизентерия, подскочила, прежде всего в связи с голодом, и заболеваемость детей в возрасте до двух лет гастроэнтероколитом (острая форма). По сравнению с 1946 г., когда началось возрастание числа заболевших, в 1947 г. заболеваемость составила 230%[79]. В России в 1947 г. насчитывалось более 770 тыс. больных. Число заболевших увеличилось во всех уже называвшихся, по данным за 1946 г., регионах, причем даже там, где прежде было относительно благополучно, – в Восточной Сибири, на Севере больных насчитывалось многие тысячи.

Заболеваемость токсической диспепсией также возросла, причем в тех же районах, кроме Свердловска. Особенно сильное увеличение было зафиксировано в Челябинске, Ростове-на-Дону и Куйбышеве – в 2–3 раза, а в Новосибирске – более чем в 4 раза[80].

Естественно, что в условиях распространения голода заболеваемость цингой не снизилась. По-прежнему больных насчитывалось почти 50 тыс. человек, причем продолжали фиксироваться сотни случаев заболевания в Центрально-промышленном, Центрально-Черноземном, Юго-Восточном, Поволжском районах[81], т. е. там, где ранее это заболевание не возникало. Разумеется, им страдали прежде всего беженцы, но не только они. Местное население также болело цингой из-за крайней недостаточности и некалорийности питания и общего ослабления иммунных свойств организма.

Кроме того что голод спровоцировал специфические и характерные заболевания, он усугубил прямо не связанные с ним недуги, например снизил эффективность борьбы с малярией. И хотя в 1947 г. заболеваемость малярией несколько сократилась, однако по всей России было зафиксировано очень большое количество больных – 1,4 млн, из них «свежих» случаев – около 500 тыс., или 36% от всех заболевших[82]. Важно, что процент таких случаев заболеваемости не только не сократился, но даже увеличился, что непосредственно было связано с дальнейшим ослаблением здоровья многих сотен тысяч людей.

При том что ситуация с распространением остроинфекционных заболеваний после войны была тревожна и неоднозначна,

инфекций фиксировалось множество, в том числе очень опасных и заразных, и проявлялись они во многих регионах России, борьба с ними со стороны государственных медицинских учреждений велась очень активная.

Большую роль играла профилактика заболеваемости остроинфекционными болезнями. Делались прививки против наиболее опасных заболеваний. Так, регулярно проводились прививки против брюшного тифа. В 1945 г. ими в России было охвачено 19, 5 млн человек, в том числе 10,7 млн в городах, остальные – в сельской местности[83]. Городское население было больше охвачено прививками, однако и в селе их делались миллионы, особенно в местностях, где было зафиксировано данное заболевание, а также в прилегающих районах. Поскольку не было возможности провести поголовную вакцинацию против тифа, действовали методом «подавления» очага заболеваемости. Такая политика в те годы себя оправдывала. Следует отметить, что в 1945 г. прививок пришлось сделать почти на 2 млн больше, чем планировалось. Опасность распространения тифа вызвала необходимость в «перевыполнении плана». Так же активно, с превышением намеченной в начале года цифры, производилась противотифозная вакцинация и в 1946 г. Как уже отмечалось, брюшной тиф то и дело давал вспышки. В итоге в 1946 г. прививками было охвачено 21,5 млн человек, из них 12 млн – в городах[84]. В частности, много прививок было сделано в Московской, Кемеровской, Свердловской, Саратовской, Куйбышевской областях, в Башкирии и т. д. В 1947 г. количество прививок от брюшного тифа в связи с проявлениями голода и интенсификацией потоков беженцев из голодных мест еще более увеличивается – за год было привито 23 млн человек[85], причем это касается практически всех районов страны. Если учесть большое число вакцинированного населения в предшествующие годы, становится ясно, сколь внушительной была цифра подвергшихся профилактике против брюшного тифа. В 1947 г. в связи с осложнением эпидемиологической ситуации в России проводится также вакцинирование против сыпного тифа: вакцина была введена 5,5 млн человек[86].

Все эти годы продолжается традиционная вакцинация населения против оспы. Как мы видели, страшное заболевание давало хотя и небольшие, но регулярные вспышки, и терять бдительность, как это сделали во многих странах мира, в том числе и в России, во второй половине XX в., было нельзя. Число привитых от оспы не столь велико, как число получивших противоти-

фозные прививки, но это объясняется регулярностью и всеобщностью оспопрививания в отличие от вакцинирования против тифа, проводившегося в виде кампаний при условии возникновения очагов повышенной заболеваемости. Прививались прежде всего младенцы и маленькие дети, а также часть населения, почему-либо прививок не получившая, например люди, пережившие оккупацию. Немецкие оккупационные власти обеспечивали прививками не все население, а подходили к этому избирательно, в соответствии с осуществлявшейся ими политикой геноцида.

В послевоенном 1946 г. от оспы было привито 4,2 млн человек, из них 42% составили младенцы до одного года, в 1947 г. – 4,3 млн, из них 53% младенцев до года[87]. В 1947 г., чтобы более эффективно в условиях послевоенного голода и активных миграций противодействовать угрозе эпидемии и подавить ее в зародыше, большое внимание уделяли ревакцинации против оспы, или повторному оспопрививанию. Его проводили активно во всех регионах, опасаясь недоброкачественности прививок военного и предвоенного времени, а также того известного медицине факта, что в ряде случаев, в силу особенностей организма, прививки через некоторое время теряют действенность. Ревакцинацией в 1947 г. в РСФСР было охвачено 15,5 млн человек. По возрасту они распределялись так: 4–5 лет – 19,4%, 10–11 лет – 30%, 18–20 лет – 22,1%. 35% всех ревакцинаций пришлись на городское население, 65% – на сельское[88]. Селу медицинские организации уделяли больше внимания, так как там был слабее контроль за качеством и обязательностью оспопрививания.

Особое место в условиях послевоенных трудностей и голода 1946–1947 гг. занимала вакцинация против дизентерии. Дизентерия была бедствием. Она продолжала уносить жизни, прежде всего детские, и здоровье. Еще в 1945 г. против нее уже было вакцинировано в России более 15 млн человек, в 1946 г. эта цифра возрастает до 21 млн, а в 1947 г. – до 24,7 млн вакцинированных, т. е. по сравнению с 1945 г. увеличивается на 60%[89].

Кроме этих заболеваний медики продолжали работу по прививанию от традиционных детских болезней – дифтерии, кори, скарлатины. В 1945 г. объемы этих прививок были относительно невелики: против скарлатины – 0,3 млн, против кори – 0,5 млн; в 1946 г. – 0,8 млн[90]. Прививки были еще несовершенны, кроме того, с появлением антибиотиков большой опасности в этих детских болезнях медики и родители не видели. Больше боялись дифтерии. Против нее прививание развивалось активнее.

В 1946 г. противодифтерийных прививок было сделано 3,8 млн, в 1947 г. – почти 5 млн[91]. Из них было привито детей: в возрасте до двух лет – 26%, в возрасте от 2 до 7 лет – 46%[92]. Более того, с дифтерией стали бороться решительно, добиваясь радикального перелома в распространении этого заболевания, – производили ревакцинацию. В том же 1947 г. было повторно привито еще 4 млн человек, из них детей: до двух лет – 16%, от 2 до 7 лет – 40%[93]. Среди вакцинированных детей 30% проживало в городах, остальные – в сельской местности, среди ревакцинированных – соответственно 35%[94]. Иными словами, вакцинация и ревакцинация против дифтерии охватывали и город, и деревню. Одновременно продолжалось прививание против кори. В 1947 г. было привито примерно столько же детей, сколько и в 1946 г., половина из них проживала в городах. Противокоревыми прививками было охвачено и городское, и сельское население, и оба в малой степени.

Таким образом, послевоенный период был напряженным в плане распространения остроинфекционных заболеваний. Ситуация усугублялась голодом 1946–1947 гг., который имел свои негативные, в том числе долгосрочные, последствия для здоровья населения, перенесшего тяжелую длительную войну. Однако, несмотря на постоянно возникающие очаги, масштабных эпидемий удалось избежать прежде всего благодаря активной медицинской противоэпидемической и санитарной деятельности, проводившейся на государственном уровне.

В 1945 г., году окончания войны, статистика населения (гражданского) отображает тяжесть пережитого. Сведения за этот период достаточно неполны, однако даже то, что было собрано и обработано статистиками, говорит о многом. Показательна прежде всего статистика смертности. Так, в Москве в 1945 г. умерло 44,4 тыс. человек, в Ленинграде – 19 тыс. человек. Мужская смертность была, как обычно, выше женской. Среди умерших всех возрастов мужчины составляли 53% в обоих названных городах.

Подъем смертности начинается у мужчин после 30 лет, т. е. очень рано, у женщин несколько позже – после 45 лет. Число мужчин, умерших в возрасте 30–34 лет, в отношении ко всем умершим мужчинам: в Москве – 4,7%, в Ленинграде – 5,3%; умерших женщин 45–49 лет – соответственно 5,8 и 6,5%[95].

В послевоенные годы тенденция к возрастному повышению смертности проявляется слишком рано и у мужского и у женского населения, что само по себе является аномалией в воз-

растной структуре смертности и вызвано последствиями войны – изнурительным трудом, нервным напряжением, недостаточным и несбалансированным питанием и плохими жилищными условиями. Среди мужчин, как и среди женщин, были раненые, контуженые, инвалиды, многие из них умирали преждевременно. Удельный вес среди умерших растет после 30 лет у мужчин и после 45 у женщин по восходящей от более младших групп к более старшим, но продолжается это у мужчин до 60 лет, а у женщин – до 75 лет. В более старших группах доля умерших понижается. Это связано не со снижением смертности в пожилом и престарелом возрасте, а с малочисленностью самих пожилых и престарелых. Структура населения России в тот период все еще была традиционно молодой, в войну же смертность стариков резко повысилась и продолжительность жизни сократилась. Сопоставим данные. В Москве процент мужчин возраста 55–59 лет среди всех умерших мужчин составил 9,2, 60–64 лет – 8,5, 65–69 лет – 6,6; в Ленинграде – соответственно 5,9, 4,3, и 2,5. У женщин процент умерших в Москве 70–74-летних среди всех умерших женщин составил 9,7, 75–79 лет – 7,3, 80–84 – 3,5, в Ленинграде – соответственно 4,1, 2,9 и 1,1. В Ленинграде доля престарелых была меньше, чем в Москве[96].

Затем среди гражданского населения наступает некоторая стабилизация смертности. Новый подъем смертности начинается у мужчин после 30 лет, т. е. очень рано, у женщин несколько позже – после 45 лет.

Несмотря на общий положительный прирост населения в 1946 г., в некоторых областях и национальных автономиях зимой и весной этого года имел место отрицательный прирост – смертность превышала рождаемость: в Кировской области – в феврале и марте, в Костромской – в январе–апреле, в Марийской АССР – в марте. Например, в Костромской области в феврале рождений было на 308 случаев меньше, чем смертей, в Кировской области в марте рождений было на 403 меньше, чем смертей[97].

Наиболее неблагоприятные показатели естественного прироста отмечались в первый послевоенный год в северо-западных и западных областях. Так, в Новгородской области естественный прирост составил в 1946 г. только 2,7‰, в Смоленской – 3,3‰ и т. д. Эти области характеризовались очень низкой рождаемостью – соответственно 13,2 и 11,0‰ – при довольно высокой детской смертности[98]. Среди причин – огромные военные потери, оккупация, разорение хозяйства, отсутствие в этот период интенсивного

миграционного притока (кроме Ленинграда), переселение из этих мест жителей в Калининградскую область и Прибалтику.

1947 год, как мы уже видели выше, отмечен крайне негативными явлениями в динамике показателей смертности. Из-за голодания населения показатели смертности повысились до 13,8‰.

В 1948 г. общая смертность значительно превзошла уровень благополучного 1946 г. на 7,7%. Показатель смертности рос повсеместно. В частности, на юге наблюдались вспышки эпидемических желудочно-кишечных заболеваний. В результате в Краснодарском крае показатель смертности вырос на 17,4%, в Ставропольском – на 8%, в Астраханской области – на 19,5% выше, чем в 1946 г. На высоком уровне держится смертность и во многих национальных автономиях. Так, в Татарии смертность в 1948 г. превышает уровень 1946 г. на 9,5%, в Марийской АССР – на 21,3%, в Башкирской – на 24,4%. Благополучной была ситуация в Дагестанской АССР: смертность оказалась на 24% ниже, чем в 1946 г. Сложная ситуация со смертностью сохранилась на Урале и в Приуралье – в Свердловской области смертность была выше, чем в 1946 г., на 29%, в Кировской – на 5%.

Из городов Поволжья значительно повысилась смертность в Астрахани. Кроме того, ее показатель поднялся в Горьковской области – на 9%, в Саратовской – на 5% и т. д. Лишь в Костромской области отмечается снижение смертности на 13,6%.

Неоднозначной была ситуация в Центральном Черноземье. Если в Калужской области смертность снизилась по сравнению с 1946 г. на 9%, то в Воронежской выросла на 8%, а в Курской – на 7%. Таким образом, смертность продолжала во многих регионах сохранять тенденцию к повышению, в чем сказывалось влияние голода, наложившееся на последствия войны.

Росла смертность в Восточной Сибири и на Дальнем Востоке. Например, в Приморье ее показатель поднялся по сравнению с 1946 г. на 8%.

Однако в Центральном и Северо-Западном районах смертность имела слабую тенденцию к снижению: во Владимирской области – на 2%, в Московской – на 3%, в Ленинградской – даже на 16%. Выше уже отмечалось особое внимание к населению блокадного города со стороны правительства и улучшение медицинского обслуживания.

Анализ статистики смертности в послевоенные годы показывает преобладание все еще ее традиционных причин – туберкулеза, легочных и простудных заболеваний, инфекций (см. табл. 30).

Таблица 30

Число умерших от различных причин
в городах России в 1946 г. (%)

	Всего	Дети до 1 года
	г. Саратов	
Умерло от установленных причин смерти	100	100
туберкулез органов дыхания	26,5	1,6
туберкулез прочий	5,4	2,7
круп	1,2	0,4
другие виды воспаления легких	16,4	25,2
брюшной тиф	2,7	0,1
корь	0,9	0,8
дифтерия	0,6	0,4
дизентерия	12,6	18,8
малярия	0,4	0,1
грипп	0,3	0,5
токсическая диспепсия	8,4	16,7
острый гастроэнтероколит		
до 3 лет	6,0	10,8
после 3 лет	1,4	
врожденная слабость	3,9	9,3
преждевременное рождение	2,1	5,0
врожденные пороки развития	0,7	1,3
болезни новорожденных	2,6	6,3
сепсис	0,1	
аборт	1,5	
искусственный аборт	0	
травмы	6,0	
прочие причины	0,3	
	г. Сталинград	
Умерло от установленных причин смерти	100	100
туберкулез органов дыхания	29,5	5,9
туберкулез прочий	4,3	3,1
круп	3,7	2,8
другие виды воспаления легких	14,9	23,5
брюшной тиф	1,3	

Продолжение табл. 30

	Всего	Дети до 1 года
сыпной тиф	0,3	
корь	1,2	0,2
скарлатина	0,6	0,7
коклюш	0,3	0,5
дифтерия	1,6	1,0
дизентерия	2,6	2,6
малярия	4,4	1,4
грипп	0,1	0,5
токсическая диспепсия	6,7	18,0
острый гастроэнтероколит		
до 3 лет	7,1	17,5
после 3 лет	1,5	
врожденная слабость	5,2	17,5
преждевременное рождение	0,4	1,4
врожденные пороки развития	1,0	3,3
болезни новорожденных		
сепсис	0,6	
аборт	0,6	
искусственный аборт	0,1	
аборт, начавшийся вне лечебного учреждения	0,6	
травмы	11,6	
прочие причины	0,3	0,1
	г. Свердловск	
Умерло от установленных причин смерти	100	100
туберкулез органов дыхания	25,8	1,5
туберкулез прочий	6,9	2,0
круп	3,3	0,9
другие виды воспаления легких	20,6	31,1
брюшной тиф	0,5	0,1
корь	1,0	0,4
скарлатина	0,7	0,1
коклюш	0,3	0,6
дифтерия	0,8	0,1
дизентерия	13,3	20,2

Продолжение табл. 30

	Всего	Дети до 1 года
малярия		
грипп	0,1	0,1
токсическая диспепсия	5,3	9,9
острый гастроэнтероколит		
до 3 лет	2,5	5,1
после 3 лет	0,3	
врожденная слабость	1,5	3,0
преждевременное рождение	8,4	16,8
врожденные пороки развития	1,2	2,4
болезни новорожденных	2,8	5,7
сепсис		
аборт	0,3	
искусственный аборт		
выкидыш	0,1	
травмы	4,3	
прочие причины		
	г. Смоленск	
Умерло от установленных причин смерти	100	100
туберкулез органов дыхания	22,9	0,4
туберкулез прочий	4,4	1,6
круп	4,0	1,6
прочие виды воспаления легких	31,6	53,5
брюшной тиф	0,6	
сыпной тиф	0,8	
корь	0,3	0,4
скарлатина	0,2	0,8
коклюш	0,1	
дифтерия	2,9	2,0
дизентерия	1,5	2,8
малярия	0,1	
грипп		
токсическая диспепсия	4,7	11,7
острый гастроэнтероколит		
до 3 лет	3,8	10,0
после 3 лет	1,4	

Продолжение табл. 30

	Всего	Дети до 1 года
врожденная слабость	2,9	7,6
преждевременное рождение	2,0	5,2
врожденные пороки развития	0,2	0,8
болезни новорожденных	0,6	1,6
сепсис	0,8	
аборт		
искусственный аборт		
выкидыш	0,1	
травмы	12,8	
прочие причины	1,3	
	г. Хабаровск	
Умерло от установленных причин смерти	100	100
туберкулез органов дыхания	15,5	1,1
туберкулез прочий	5,4	1,2
круп	4,2	1,5
прочие виды воспаления легких	23,5	34,1
брюшной тиф	1,8	0,1
сыпной тиф	0,5	
корь	5,1	3,9
скарлатина	0,6	0,1
коклюш	0,5	1,0
дифтерия	1,5	0,4
дизентерия	14,3	12,3
малярия		
грипп	0,3	0,4
токсическая диспепсия	9,7	18,0
острый гастроэнтероколит		
до 3 лет	5,0	10,7
после 3 лет	0,3	
врожденная слабость	1,5	3,9
преждевременное рождение	3,7	9,7
врожденные пороки развития	0,5	1,2
болезни новорожденных	0,1	0,1
сепсис	0,2	
аборт	0,7	

Продолжение табл. 30

	Всего	Дети до 1 года
искусственный аборт		
выкидыш	0,6	
травмы	4,5	
прочие причины	0,3	
	г. Чебоксары	
Умерло от установленных причин смерти	100	100
туберкулез органов дыхания	26,9	2,8
туберкулез прочий	1,6	2,8
круп	2,7	1,4
другие виды воспаления легких	25,8	28,2
брюшной тиф	0,6	
сыпной тиф	0,6	
корь	4,3	4,2
скарлатина	2,2	
коклюш	0,6	1,4
дифтерия	1,1	
дизентерия	0,6	1,4
малярия		
грипп		
токсическая диспепсия	9,7	18,0
острый гастроэнтероколит		
до 3 лет	5,0	10,7
после 3 лет	0,3	
врожденная слабость	1,5	3,9
преждевременное рождение	3,7	9,7
врожденные пороки развития	0,5	1,2
болезни новорожденных	0,1	0,1
сепсис	0,2	
аборт	0,7	
искусственный аборт		
выкидыш	0,6	
травмы	4,5	
прочие причины	0,3	

Окончание табл. 30

	Всего	Дети до 1 года
	г. Челябинск	
Умерло от установленных причин смерти	100	100
туберкулез органов дыхания	23,4	3,3
туберкулез прочий	5,4	3,5
круп	1,9	0,6
другие виды воспаления легких	22,9	36,4
брюшной тиф	0,9	
оспа		0,1
корь	2,2	1,7
скарлатина	1,2	0,6
коклюш	1,1	0,6
дифтерия	1,9	0,8
дизентерия	3,4	4,5
малярия		
грипп	0,6	1,2
токсическая диспепсия	6,7	14,7
острый гастроэнтероколит		
до 3 лет	3,3	6,6
после 3 лет	1,7	
врожденная слабость		5,3
преждевременное рождение		13,1
врожденные пороки развития	1,7	3,9
болезни новорожденных		1,4
сепсис		
аборт	0,5	
искусственный аборт		
выкидыш		
травмы	12,7	0,2
прочие причины	8,5	1,5

РГАЭ. Ф. 1562. Оп. 20. Д. 639. Л. 23–24, 31–32, 35–40, 73–78 (расчеты автора).

Наблюдается возрастание в структуре причин смерти удельного веса причин, связанных с ослаблением организма матери и ребенка из-за перенесенных лишений и страданий во время военных лет – врожденная слабость, преждевременное рождение, выкидыши. Эти причины смерти в традиционном обществе в благополучные периоды встречаются редко, и их массовые проявления обычно бывают связаны с голодными или военными годами. Заметное место в первые послевоенные годы занимает смерть от разных видов аборта медицинского, выкидыша и аборта, произведенного искусственно без каких-либо медицинских оснований и в тот период запрещенного законодательно. Как правило, подобные аборты осуществлялись нелегально, в лучшем случае при участии врачей, а то и без всякой медицинской помощи.

Рассмотрим конкретные данные по ряду городов Российской Федерации. Обращает на себя внимание очень большое число смертей с неустановленной причиной. Например, в Саратове всего умерло 4993 человек, в том числе детей в возрасте до одного года – 1031 человек, из них установлены причины смерти у 2127 умерших, среди детей – у 886 умерших. Иными словами, среди умерших установлены причины смерти у 42,5%, среди умерших детей – у 85,9%. Похожая ситуация и в других городах: например, в Свердловске – соответственно 43,5 и 79,6%, в Хабаровске – 58,6 и 87,2%, в Чебоксарах – 46,6 и 76,3% и т. д.

Это говорит о состоянии медицинской статистики и о неудовлетворительности диагностики, но также и о сокрытии даже для внутреннего пользования ряда причин смерти, например от искусственного аборта или от некоторых инфекций. Кроме того, замалчивалась смерть от истощения, в том числе голодного, занижались данные по смертности от травматизма, особенно детского. Данные по смертности от последствий ранений в общей медицинской статистике среди причин смерти не выделялись и проходили по статистике легочных, желудочных заболеваний, болезней мозга, крови, гангренозных воспалений и прочего. Однако сведения о последствиях ранений обнаруживаются в специальных разделах госпитального и больнично-санаторного учета. Правда, в них внимание уделяется вообще страдающим от последствий ранений, а не причинам смерти. В статистике же причин смерти умершие непосредственно от последствий ранений, а также ряда инфекционных заболеваний, в том числе остроэпидемических и венерических, травм, алкоголизма, попадали в «прочие» и «неустановленные». Но при всей неполноте сведений

даже имеющиеся материалы очень важны для характеристики состояния населения.

Возьмем данные по смертности. В Саратове в 1946 г. туберкулез занимал первое место среди причин смерти всего населения – 31,9% от общего числа умерших (с установленными причинами смерти), второе – воспаление легких, в том числе крупозное – 17,6%. То же мы наблюдаем в Сталинграде – соответственно 33,8 и 18,6%. Среди младенцев в возрасте до одного года именно пневмония находится на первом месте – среди младенцев с установленной причиной смерти на нее приходится в Саратове 25,6%, в Сталинграде – 26,3%, туберкулез же занимает среди причин младенческой смертности довольно скромное место – по 38 случаев за год и в Саратове и в Сталинграде. Однако и это говорит о распространенности туберкулеза. Среди детей более старшего возраста случаи смерти от туберкулеза были многочисленны. Следует также отметить, что младенцы в городах некоторых регионов (например, в Саратове) реже умирают от туберкулеза органов дыхания, а чаще от прочих видов туберкулеза, в частности костного. Но во многих районах даже в младенческом возрасте более частой причиной смерти является именно туберкулез органов дыхания.

В находящихся в Поволжье автономиях, например в Чувашской АССР, также основными среди причин смерти взрослого населения являются туберкулез, прежде всего органов дыхания, и воспаление легких. В Чебоксарах в 1946 г. по обеим причинам умерло равное число человек – по 28,5% от всех умерших. Среди детей наибольшее число жизней унесла пневмония – 28,2% от всех умерших, есть и случаи смерти от туберкулеза, но они немногочисленны, хотя на них приходится свыше 5% от всех умерших младенцев. Туберкулез костей служит причиной смерти так же часто, как и туберкулез органов дыхания.

На Урале в первый послевоенный год отмечалась большая смертность от туберкулеза. В Свердловске на эту причину приходилось 32,7% от всех умерших. Среди младенцев от туберкулеза умерло 48 человек, причем в основном от костного. В Челябинске также очень высока была смертность от туберкулеза – 28,8%, из детей погибло только за год 84 человека. Так же, как и в Свердловске, среди младенцев был распространен костный туберкулез – на эту причину приходилась половина умерших от туберкулеза детей до одного года. Случаев смертности от пневмонии на Урале оказалось больше, чем во многих других

районах. Так, в Свердловске от пневмонии умерло 23,9% от всех умерших, в Челябинске – 23,8%. Среди младенцев этот показатель был еще выше – соответственно 32 и 37%, т. е. смертность от пневмонии занимала, как и в Поволжье, первое место среди причин младенческой смертности, но ее показатель превосходил многие другие районы России, особенно, как мы видели, в Челябинске.

В западных районах абсолютным лидером была смертность от пневмонии как среди взрослых, так и среди младенцев. На эту причину в Смоленске приходилось в 1946 г. 35,6% от всех умерших и 55,1% от умерших младенцев, т. е. умирал от пневмонии каждый третий среди всего умершего населения и каждый второй среди умерших младенцев. Туберкулез был менее распространен в западных областях, точнее, реже приводил к летальному исходу. Этим областям, пострадавшим от оккупации, государство оказывало большую помощь, в том числе медикаментами. Усиленная борьба с инфекциями и туберкулезом, как видим, давала результаты, особенно среди детей. Если от туберкулеза из всех умерших погибло 27,3%, то из младенцев – всего 2,0%, причем от туберкулеза легких умер всего один ребенок, остальные – от костного.

Некоторые особенности имели место на Дальнем Востоке, в частности в Хабаровске. Самой распространенной причиной смерти была и среди взрослых, и среди детей смертность от пневмонии и прочих простудных заболеваний. Умершие по этой причине составляли около 30% от всех умерших, а среди детей – 35,6%. Чаще, чем во многих других регионах, фиксировалась смерть от крупа. Смертность от туберкулеза среди всего населения занимала второе место, среди младенцев же была весьма незначительна – 18 случаев за год (2,3%), причем практически с равной частотой от туберкулеза легких и от костного туберкулеза. Среди всего населения от туберкулеза скончалось 20,9% от всех умерших. Как видим, ситуация на Дальнем Востоке оказалась близка к ситуации в Уральском регионе.

Инфекционно-эпидемические заболевания также весьма часто становились причинами смерти. Так, в Саратове в 1946 г. умерло от дизентерии почти 19% от умерших младенцев и 12,6% от всего умершего населения. При этом среди лиц старше одного года только за год от дизентерии погибло более 100 человек, в основном дети дошкольного и младшего школьного возраста. Среди причин смерти были такие острозаразные заболевания, как

брюшной тиф (57 случаев смерти за год), дифтерия (18 случаев), корь (14 случаев), в том числе и у младенцев, малярия.

Распространенность смертей от инфекционных заболеваний фиксируется статистикой и в других регионах страны, правда, состав их несколько различен. Так, в Сталинграде в 1946 г. меньше, чем в Саратове, свирепствовала дизентерия, от нее среди всех умерших младенцев погибло 2,6%, а среди населения старше одного года – 26 человек. Кроме брюшного тифа (1,3% смертей от всего населения), зафиксированы случаи смерти от сыпного тифа (0,3%), значительно чаще умирали от малярии (4,4% от общего числа умерших и 1,4% от умерших детей). Были зафиксированы 23 случая смерти от дифтерии, 17 – от кори и 8 – от скарлатины. Так же, как и в Саратове, от детских болезней умирали в основном взрослые. Среди детей дошкольного возраста, особенно младенцев, смертельные исходы редки. В автономиях эпидемиологическая обстановка была зачастую еще менее благополучна. Так, в Чебоксарах в 1946 г. отмечались случаи смерти и от кори (4,3% от всех умерших), и от скарлатины (2,2%), и от дифтерии (1,1%). Дизентерия в Чувашии не свирепствовала, от нее умер 1% от всех умерших, т. е. меньше, чем во многих других регионах, зато брюшной и сыпной тиф среди причин смерти присутствовали – 1,2% от всех умерших. Случаи смерти от малярии не были зафиксированы, что, впрочем, не говорит об отсутствии этой весьма распространенной в то время болезни.

В западном регионе также были распространены дифтерия и дизентерия – среди инфекционных болезней они уносят более всего жизней. От дифтерии в Смоленске среди всех умерших скончалось 2,9%, а среди младенцев – 2,0%. Случаев смерти от дизентерии насчитывалось 1,5%, среди детей больше – 2,8%. По сравнению с многими другими регионами России здесь больше случаев смерти от сыпного тифа – 0,8% от всех умерших. Присутствует и брюшной тиф – от него среди всех умерших в Смоленске в 1946 г. погибло 0,6%. Зафиксированы случаи смерти от малярии. От детских болезней в Смоленске в 1936 г. случаи смерти были единичны, причем в отличие от ряда других районов прежде всего умирали дети, среди взрослых же были зафиксированы одна смерть от кори и одна от скарлатины.

В уральском регионе наблюдалась новая вспышка дизентерии – 13,3% смертей произошли по этой причине. Особенно пострадали младенцы – 20% случаев смертей младенцев до одного года. Умершие насчитываются сотнями: в Свердловске – 279 де-

тей и 106 взрослых, в Челябинске – 101 и 55. Больше, чем в Поволжье, было зафиксировано случаев смертей от кори и скарлатины – в Свердловске 27 и 18, в Челябинске – 65 и 34, и в основном это взрослое население. Отмечались более частые, чем в Центральной России, случаи смерти от коклюша: в Свердловске – 12 случаев, причем на $^3/_4$ это младенцы, в Челябинске – 31, но здесь $^3/_4$ составили, наоборот, взрослые. От дифтерии, как правило, младенцы умирали реже детей, подростков и взрослых: в Свердловске из 26 умерших только двое имели возраст до года, в Челябинске – из 57 десять. Меньше, чем в Поволжье, здесь был распространен тиф: 0,5% случаев смерти произошло от брюшного тифа в Свердловске, 0,9% – в Челябинске, сыпного же тифа были зафиксированы единичные случаи, как и малярии. Например, в Челябинске от малярии умерли 4 человека, а в Свердловске случаев смерти от малярии вообще не было зафиксировано. В Челябинске эпидемиологическая обстановка была более тревожной, чем в Свердловске.

Хабаровск, как и весь дальневосточный регион, отмечен более значительным, чем в других регионах, распространением инфекционных заболеваний, причем разных видов. Совершенно очевидным было наличие эпидемии дизентерии. Среди умерших от нее – 14,3%, или более 300 человек (и это только в одном городе), из них 100 детей. В итоге среди умерших младенцев процент умерших от дизентерии составил 12,3%. Многочисленны случаи смерти от кори – они исчисляются цифрой более чем 100 человек, из них треть составляют младенцы до одного года. В принципе такие маленькие дети имеют еще врожденный иммунитет и не должны болеть корью, тем более в столь тяжелой форме, однако в Дальневосточном регионе именно таковы показатели смертности от этой вроде бы детской, но, как показывает статистика смертей, далеко не только детской болезни. Десятками насчитывались случаи смерти от коклюша, скарлатины, дифтерии, причем в основном умирали дети старше года, подростки и взрослые. Так, среди 32 умерших от дифтерии детей до одного года оказалось только три. Это говорит о неблагополучной эпидемиологической обстановке в регионе и прежде всего об отсутствии эффективных медикаментозных средств и неудовлетворительности санитарной обстановки: не проводились (во всяком случае вовремя) дезинфекции, не осуществлялась изоляция больных и т. д. Наряду с так называемыми детскими болезнями распространен был и брюшной тиф: 1,8% смертей от

всего умершего населения приходилось на эту причину, и сыпной тиф – 0,5% смертей. Последний встречался далеко не во всех районах РСФСР, и 11 смертей, к которым он привел в 1946 г. в Хабаровске, – довольно большая цифра. От малярии случаев смерти зафиксировано не было.

Уже регулярно уносит жизни грипп; несмотря на то что смертельный исход редок, от всех умерших погибли:

в Саратове – 0,3%;

в Сталинграде – 0,1%;

в Свердловске – 0,1%;

в Хабаровске – 0,3%.

Однако заболеваемость гриппом начала распространяться. Умирали же от болезни в названных городах чаще всего младенцы.

Обращает на себя внимание ситуация в Челябинске – там десятки случаев смерти от гриппа, причем в основном погибали младенцы до года. Если из всех умерших в Челябинске от гриппа умерло 0,6%, то среди младенцев – 1,2%.

Особое место принадлежит среди причин смерти заболеваниям кишечно-желудочного тракта, таким как острый гастроэнтероколит и токсическая диспепсия. От последней за год умерло в Саратове 8,4% от всех умерших и 16,7% среди младенцев, в Сталинграде – соответственно 6,7 и 18,0%. По причине гастроэнтероколита в течение 1946 г. в Саратове умерли 7,4% от всех умерших и 10,8% – от умерших младенцев. Сходная ситуация в Сталинграде – 8,6 и 17%. Прежде всего умирали дети. Смертельные случаи среди детей старше трех лет и взрослых были редки, однако даже за год в каждом из названных городов фиксировались десятками.

Значительно выше была смертность от токсической диспепсии в автономиях. Например, в Чебоксарах от этой болезни погибло больше умерших, чем в вышеназванных городах, – 11,3% от всего умершего населения и 26,9% – от младенцев, т. е. смертность младенцев от диспепсии астрономически высока, почти на одном уровне с пневмонией. Заметную роль играет и смертность от гастроэнтероколита – 7% среди младенцев и 4,3% среди детей старше года, в том числе 2,7% – старше трех лет. Таким образом, мы видим крайне опасную ситуацию с желудочно-кишечными заболеваниями.

На Урале хотя и значительное, но меньшее, чем в Поволжье, место среди причин смерти занимали токсическая диспепсия и гастроэнтероколит. Так, от токсической диспепсии в Свердловске умерло 5,5% от всего умершего населения и 9,9% – от

умерших младенцев, от гастроэнтероколита – соответственно 2,8 и 5,1%. Так же, как и в других городах, основные случаи смерти от гастроэнтероколита приходятся на младенцев и детей до трех лет, старше же трех лет в 1946 г. в уральском регионе случаи смерти от этой болезни реже, чем в других регионах. В Челябинске складывалась такая же ситуация, как в Свердловске, хотя эти причины смерти здесь несколько более распространены. Так, от токсической диспепсии умерло 6,7% среди всех умерших и 14,7% среди умерших детей (следует помнить, что за цифрами скрываются сотни смертельных случаев, а среди младенцев эта причина на втором месте среди причин смерти), от острого гастроэнтероколита – соответственно 5,2 и 6,6%. Здесь, как и везде, острый гастроэнтероколит поражал прежде всего младенцев до одного года, однако и после трех лет случаи смерти насчитывались десятками.

В Смоленске от токсической диспепсии умерло 11,7% среди всех умерших детей. Цифра меньше, чем, например, в Поволжье, но для Западного региона эта причина, так же как и для Поволжья, занимает второе место среди причин детской смертности. На смерть от острого гастроэнтероколита тоже приходится 10% среди смертей младенцев в возрасте до одного года. Если, как и в других регионах, в Западном от токсической диспепсии дети в возрасте три года и старше умирали редко – два случая за год, то отличительной чертой Смоленска явилась многочисленность случаев смерти от острого гастроэнтероколита в возрасте три года и старше – на этот возраст пришлось более $^1/_3$ всех смертей от заболевания. В западных областях по сравнению с Уралом и Сибирью более распространены желудочно-кишечные болезни, которые представляют опасность в более старших возрастах.

В Хабаровске оказалось значительным число смертных случаев, особенно в младенчестве, от токсической диспепсии и гастроэнтероколита. Смертность от диспепсии среди причин младенческой смертности уступает только пневмонии – 18% от всех младенческих смертей. По сравнению с показателями в других регионах этот – один из самых высоких. 147 младенцев погибло от токсической диспепсии, среди всего же населения – 208 человек (9,7%). Высока была и смертность от острого гастроэнтероколита: среди младенцев по этой причине умерли 10,7% (87 человек), среди всего населения – 5,0% (113 человек). При этом смертность от острого гастроэнтероколита почти стопроцентно выпала на возраст до трех лет. В более старшем возрасте случаи смерти от этой болезни были редки. Если вспомнить произошедшие здесь

многочисленные случаи младенческой и детской смерти от дизентерии, становится понятным большое распространение тяжелых заболеваний желудочно-кишечного тракта в раннем возрасте, вызванных ослабленным иммунитетом детей и неправильным и недостаточным питанием в военные и первые послевоенные годы.

По причинам врожденной слабости, преждевременного рождения, болезней новорожденных в Саратове умерло за год 20,6% от всех умерших младенцев (соответственно 9,3, 5,0 и 6,3%); в Сталинграде – 18,9% (17,5 и 1,4, случаи смерти от болезней новорожденных не были зафиксированы). Обращает на себя внимание в Сталинграде очень большое число смертей от врожденной слабости, что, видимо, объяснялось плохим состоянием здоровья матерей в принявшем на себя тяжелейший удар во время войны и еще далеко не восстановленном городе.

На Урале была более распространена младенческая смертность от преждевременного рождения. Так, в Свердловске от врожденной слабости умерло из всех умерших младенцев 3,0%, от болезней новорожденных – 5,7%, а от преждевременного рождения – 16,8%. Преждевременные рождения были чаще всего связаны с надрывом матерей на тяжелой физической работе – переносе тяжестей, удерживании на весу деталей весом в несколько килограмм при обработке на станке и т. д. Естественно, подобные случаи на предприятиях Свердловска не были редкостью. Напомним, что женский труд в промышленности был все еще активно задействован, а первые волны реэвакуации, охватившие прежде всего квалифицированных рабочих-мужчин, даже увеличили в местах, откуда производилась реэвакуация, применение женского труда. Всего же по вышеуказанным причинам погибли 25,5% от всех умерших младенцев, т. е. более четверти. Похожую ситуацию мы видим и в Челябинске – от преждевременного рождения умерло 13,1% новорожденных, в то время как от врожденной слабости – 5,3%, а от болезней новорожденных – 1,4% от всех умерших младенцев.

В Смоленске смертность по причинам врожденной слабости, преждевременного рождения и болезней новорожденных охватила 14,4% от всех младенческих смертей, причем больший процент пришелся на врожденную слабость (7,6%), несколько меньший, но довольно большой – на преждевременное рождение (5,2% от всех младенческих смертей) и больший, чем в выше называвшихся районах, процент смертей от болезней новорожден-

ных – 1,6%. Ситуация в Смоленске с пневмонией и дизентерией в младенческом возрасте была очень неблагополучной, и в отличие от детского туберкулеза с этими болезнями справлялись плохо.

В Дальневосточном регионе гибель младенцев происходила зачастую и от врожденной слабости и от преждевременного рождения. Правда, врожденная слабость и болезни новорожденных служили причинами смерти здесь реже, чем в Центральном, Западном регионах и особенно на Урале, однако все же составляли 3,9 и 0,1%. Дети рождались часто хотя и слабыми, но жизнеспособными, однако жизнь многих из этих детей прервалась не от собственно врожденной слабости, а от желудочно-кишечных и легочных заболеваний. Преждевременное рождение среди причин младенческой смерти занимало более заметное место (9,7%). Сказывалось ослабление материнского организма.

По этим же причинам в Чувашии также было много младенческих смертей именно от преждевременного рождения – 16,9% от всех умерших младенцев. После пневмонии и диспепсии эта причина смерти стала самой распространенной. Здесь сыграло роль и то, что в Чувашии сохранялся более высокий уровень рождаемости, чем в соседних районах с русским и даже татарским населением. Часто от преждевременного рождения умирал не первенец, а пятый, шестой и далее ребенок. Мать слабела от частых родов, была вынуждена работать и вести домашнее хозяйство на последних месяцах беременности, по этой причине часто рождались недоношенные и нежизнеспособные дети. Смерть от врожденной слабости также наступала в Чувашии довольно часто – 4,2% младенческих смертей происходили по этой причине. Смертей от болезней новорожденных не наблюдалось. Таким образом, эти причины составили 21,1% от всех случаев младенческой смерти.

Особое место в характеристике жизненного потенциала того или иного поколения занимает распространенность внутренних пороков развития новорожденных. Именно они связаны с генными нарушениями, с тяжелыми хроническими заболеваниями в молодом возрасте, с алкоголизмом, а позже наркоманией, с ухудшением структуры питания, с экологическими кризисами. По этой причине в 1946 г. умерли среди всех умерших младенцев:

в Саратове – 1,3%;
в Сталинграде – 1%;
в Смоленске – 0,8%;
в Свердловске – 2,4%;

в Челябинске – 3,9%;
в Хабаровске – 1,2%;
в Чебоксарах – 1,4%.

Разумеется, эти показатели невысоки, однако с учетом традиционной ситуации они значительны, и тенденция к их росту отчетливо обозначилась практически во всех регионах. Уже на общем фоне выделяются Свердловск и Челябинск – промышленные центры, которые вели напряженнейшую производственную деятельность в течение всего периода войны. Обычно от внутренних пороков развития младенцы умирают в первые дни и месяцы после рождения, но статистика фиксирует часть смертей от нарушений внутриутробного развития у детей, переживших первый год и даже первые годы жизни, что особенно мучительно и для них самих и для родителей. В Саратове в 1946 г. были отмечены такие случаи, на них приходилось 20% от умерших по причине пороков внутриутробного развития. Два подобных случая были отмечены в Челябинске. Эта причина была еще редкостью, однако обозначившаяся тенденция говорит об опасности распространения данного явления.

Зафиксирована, хотя и неполно, смертность от аборта – 1,5% от всех умерших в Саратове. Речь идет о 32 случаях. В Сталинграде от аборта умерли 18 женщин, столько же – в Свердловске, 16 – в Челябинске. При этом многие случаи смерти произошли от аборта, начавшегося вне лечебного учреждения. Под этим названием фиксировались обычно выкидыши, однако в период уголовного преследования за производство аборта в эту категорию, жалея женщин и их семьи, медики вписывали и искусственный аборт, осуществленный в домашних условиях, но в связи с осложнениями закончившийся в больнице. Спасти женщин, как видим, удавалось не всегда, но и в случае летального исхода медики, как правило, не фиксировали аборт как нелегальный. Что касается сепсиса, от которого в традиционном обществе погибало немало женщин (это была одна из распространенных причин смерти женщин в детородном возрасте), то сегодня случаи смерти от послеродового сепсиса единичны – 1–3 случая в год. Сказываются использование новых медицинских препаратов, в первую очередь антибиотиков, и улучшение санитарно-гигиенических условий, в которых находится роженица. В Западном регионе в 1946 г. случаев смерти от аборта было немного – 6 случаев в год, а вот сепсис был больше распространен, на него приходилось 0,8% причин смерти.

Хабаровск отличился большим числом смертей от разного вида абортов – 27 случаев (сюда вошли и выкидыши). Обращает на себя внимание частота преждевременных рождений и выкидышей. Видимо, женщины в период беременности занимались тяжелым трудом чаще, чем в центральных и западных областях, охране же материнства уделялось меньшее внимание, так как район был тыловой и с традиционно высокой рождаемостью. Однако война наложила свой отпечаток и здесь. Подготовка к войне с Японией, нервное напряжение, начавшиеся интенсивные перемещения женщин в тыл – все сыграло отрицательную роль. Отмечались здесь и смерти от сепсиса, они фиксировались несколько чаще, чем во многих других регионах. Видимо, сказывалась неблагополучная санитарно-гигиеническая обстановка.

Однако существовали регионы, где смерти от аборта практически не были зафиксированы, вероятно, их и не было. Так, в Чувашии, в Чебоксарах, за весь 1946 г. был отмечен лишь один случай выкидыша со смертельным исходом. Как мы уже видели, там часто происходили преждевременные рождения, на ранних же стадиях прерывание беременности было редкостью. Не отмечены и случаи смерти от сепсиса, в более ранние периоды очень распространенного в Чувашии. В этом смысле в Поволжье, в том числе и в автономиях, ситуация была благополучнее, чем на Дальнем Востоке и в Восточной Сибири.

Особое место в статистике причин смерти принадлежит смерти от травм, прежде всего производственных. Начиная с 1930-х годов эта строка занимает среди причин смерти одно из первых мест. Новые виды производств, тяжелые условия труда, недостаточная техническая подготовка кадров, а также неотлаженная техника безопасности приводили к многочисленным травмам, в том числе смертельным. Кроме того, после войны активно строились новые производственные объекты, быстро восстанавливались разрушенные предприятия. Кроме производственных часты были и бытовые травмы, частично вызванные неблагоустроенностью и плачевным состоянием городского хозяйства – коммуникаций, жилого фонда. С этим были связаны дорожные аварии, обвалы жилых помещений, возгорания электропроводки, взрывы газовых коммуникаций. Наконец, люди погибали от взрывов оставшихся в земле и в подвалах зданий боеприпасов: снарядов, патронов и прочего. Однако основную часть травм составляли производственные травмы, в том числе и травмы, полученные при разборе завалов производственных зданий и

жилых домов, где можно было натолкнуться на неразорвавшиеся бомбы и снаряды.

В Сталинграде от травм погибло 11,6% от всех умерших. Именно эта причина занимает третье место после туберкулеза и легочных болезней. В Саратове, который пострадал от бомбежек, травматизм составлял 6%. Хотя вести восстановительные работы там было легче, число погибших в городе только за 1946 г. превысило 100 человек. В Свердловске на травматизм пришлось 4,3% от всех случаев смерти, что несколько меньше, чем в Поволжье. Смерти от травматизма там стоят не на третьем по численности, а на пятом месте. Там не было разбора завалов, в большинстве своем травмы получены на промышленном производстве. При этом умершие от травм составили достаточно большую цифру – 121 человек за год. Травмы часто являлись причинами смерти в Челябинске, в этом городе они занимают, как и в Поволжье, третье место среди причин смерти. От них за один только 1946 г. погибло 375 человек (12,75% от всех умерших). Активные строительные работы, тяжелые виды производств, недостаток квалификации, использование труда подростков при недостаточной охране труда – все это обусловило значительно более высокий уровень травматизма со смертельным исходом, чем в Свердловске. В Челябинске были зафиксированы даже две младенческие смерти от травм, чего в других городах, как правило, не встречалось.

В Смоленске травматизм, как и в Поволжье, среди причин смерти стоит на третьем месте. В абсолютном выражении его уровень не так высок, как во многих региональных центрах страны, – 84 человека, но, учитывая меньшую населенность области, особенно лицами трудоспособного возраста, он весьма внушителен – 12,8% среди умерших погибли именно от травматизма. В Хабаровске смертность от травматизма была сравнительно невысока – 4,5% от умершего населения погибли от травм, но по абсолютной численности это больше, чем, скажем, в малонаселенном Смоленске, – 96 человек. По всем крупным городам разных регионов случаев смерти от травматизма фиксируются десятки и сотни.

В 1947 г. происходит резкая вспышка желудочно-кишечных заболеваний и смертей по этой причине. Усиливается заболеваемость туберкулезом. Смерть от него все еще остается одной из наиболее распространенных среди причин смерти в самых разных регионах России, составляя от 20 до 30% от всех умерших (см. табл. 31). Разумеется, такая распространенность туберкулеза была во многом связана с последствиями войны и общим ослаб-

Число умерших от различных причин

	Ленинград	Москва	Вологда	Горький	Калинин
Умерло от установленных причин смерти	100	100	100	100	100
туберкулез	17,2	19,5	18,1	20,1	27,1
воспаление легких	24,5	18,5	31,6	28,5	29,1
тиф	0,8	1,1	0,2	0,5	0,2
дифтерия	0,6	0,6	0,4	0,7	
дизентерия	12,7	12,7	30,4	13,3	14,0
токсическая диспепсия	5,7	4,2	2,8	5,3	5,5
острый гастроэнтероколит до 3 лет	5,6	2,6	3,0	3,6	5,8
врожденная слабость и преждевременное рождение	1,9	1,2	0,2	3,5	3,5
врожденные пороки развития	0,8	0,8		0,8	0,1
травмы	6,1	9,2	2,5	5,4	
прочие причины,	24,1	29,6	9,0	18,3	14,7
в том числе грипп,	0,5	0,9			
малярия					

РГАЭ. Ф. 1562. Оп. 20. Д. 700. Л. 25–26, 43–44, 75–76, 63–64,

лением здоровья населения, однако и другие страны – участницы войны также страдали от этой страшной болезни, которую не случайно в то время называли «болезнью века». Но в России она носила более устойчивый характер, и смертность от нее бóльшую часть XX в. была значительной.

В 1947 г. еще более, чем в предшествующие годы, было распространено воспаление легких, в том числе крупозное. Болезнь стала во многих регионах – западных, центральных, поволжских, на Урале и в Сибири – основной причиной смерти. Следует упомянуть и такие города, как Ленинград, Курск, Казань, Вологда, Горький, Магнитогорск, Калинин и др. Все они разнятся

Таблица 31

в городах России в 1947 г. (%)

Казань	Курск	Махачкала	Магнитогорск	Новгород	Орел	Омск
100	100	100	100	100	100	100
8,1	4,5	20,5	17,0	29,0	27,1	24,8
27,0	24,8	16,0	29,7	23,9	27,1	24,1
0,3		1,6	0,7	2,1	2,7	0,6
0,2	0,7	1,3	1,5	1,5		0,3
5,4	2,5	6,2	12,2	1,5	1,0	0,8
5,1	3,6	12,2	11,0	9,4	6,4	6,2
4,8	1,9	4,9	0,5		5,4	2,4
9,9	2,4	2,1	4,7	6,5	3,4	2,6
0,7	0,4	0,4	0,5	0,7	2,6	0,6
2,8	7,9	7,7	5,8	6,5	1,4	1,5
35,7	15,3	19,6	16,4	15,3	22,9	36,1
		7,5		3,6		

101–102, 117–120, 123–124, 143–144, 147–150 (расчеты автора).

по характеристикам – сверхбольшие, большие и средние по числу жителей, индустриальные, административно-индустриальные, аграрно-индустриальные – и находятся в разных регионах, отличаются также по климатическим условиям и по экологии. Однако смертность от пневмонии в них одинаково высока до такой степени, что является основной причиной смерти. Например, в Ленинграде от воспаления легких погибло 24,5% от всех умерших, в Вологде – соответственно 31,6%, в Горьком – 28,5%, в Калинине – 29,1%, в Казани – 27,0%, в Курске – 24,8%, в Магнитогорске – 29,7%, в Орле – 27,1%. Столь большое распространение болезни свидетельствует более всего о последствиях латентного

голода, длительного голодания и недоедания, которые наложились на ослабленное в целом состояние здоровья населения всех возрастов. Разумеется, не хватало и элементарных жилищных удобств: полуразрушенный жилой фонд, слабое отопление, практически полное отсутствие регулируемых систем парового отопления, кроме некоторых районов Москвы и Ленинграда, нехватка дров, угля, керосина. Сказывался и острый недостаток теплой одежды и обуви. Учреждения и предприятия также плохо отапливались, а вошедшие в присказку «пайки» были столь скудны, что проблем не решали. Надо отдать должное медицине, которая спасла в этих условиях тысячи жизней. И там, где находились крупные клинические центры, удалось несколько снизить заболеваемость туберкулезом и инфекционными заболеваниями. При этом в Москве такое понижение происходило медленнее, так как было очень много вновь прибывшего и продолжавшего прибывать из самых разных регионов и республик России и Союза населения. Однако, не будь в столице мощных медицинских центров, смертность была бы еще выше и вряд ли удалось бы избежать массовых эпидемий, сопряженных с голоданием.

Как говорилось выше, инфекционные кишечно-желудочные заболевания, очень частые уже в 1946 г., в 1947 г. распространились еще больше. Хотя массовых эпидемий удалось не допустить, однако брюшной тиф и смертность от него фиксировались почти во всех регионах России. Показатель ее не был значительным, составив среди всех причин смерти не более 1,5%, но это гораздо выше, чем даже в 1946-м, не очень благополучном в этом отношении, году. И здесь прежде всего сказался голод.

В 1947 г. продолжала оставаться высокой и даже увеличивалась заболеваемость и смертность от дизентерии. Вообще заболеваемость дизентерией во многих регионах России во все периоды была высока, но смертельных случаев было немного. Но в послевоенные годы случаи смерти от дизентерии участились. Обращает на себя внимание, что дизентерия охватила самые разные районы. Недостаточность питания в те годы проявлялась практически везде, а не только в местах, непосредственно пострадавших от неурожая. Как в восточных, так и в западных, как в северных, так и в южных районах смертность от дизентерии составила не менее 13–14% от общего числа умерших. Ситуация для хорошо диагностируемой болезни в городах и в век антибиотиков была аномальной. Распространялись тяжелые и быстротечные формы дизентерии. Практически основные причины – слабость,

истощение и отсутствие возможности для организации «легкого», диетического и одновременно витаминизированного питания – условия, без которого заболевший или погибнет, или останется на всю жизнь тяжелым хроническим больным. В некоторых областях смертность от дизентерии оказалась в 1947 г. астрономически высокой, например в Вологде она составила 30,4%. Даже в Москве она превышала 12%. Существовали и районы, где вспышек дизентерии, во всяком случае с летальным исходом, не было. Довольно благополучна была в этом плане обстановка в Центральном Черноземье, в некоторых областях Сибири, а также в городах с крупными медицинскими центрами. Так, в Казани, несмотря на традиционно высокую в тех местах заболеваемость дизентерией, смертность от нее составила в 1947 г. лишь 5% среди всех смертельных случаев. Что касается Сибири, то там голод отсутствовал, напротив, было вполне полноценное питание.

Кроме дизентерии, как видно из данных (см. табл. 31), значительно распространились токсическая диспепсия среди младенцев (от нее часто погибает 6–7% от всех умерших), а также гастроэнтероколит. Так же, как и в случае с дизентерией, эти заболевания наблюдались во многих регионах, кроме Сибири, Центрального Черноземья, а также некоторых северо-западных областей.

Касаясь детских болезней, отметим, что смертельные случаи от кори, скарлатины и свирепствовавшей ранее дифтерии являлись уже единичными. Безусловно, в области противоэпидемических мер были достигнуты большие успехи, но голод поддерживал смертность именно от желудочных заболеваний и пневмонии.

В трудном 1947 г. часто причинами смерти младенцев были врожденная слабость и преждевременное рождение. Что до пороков внутриутробного развития, то смертность от них не была велика и проявлялась лишь в некоторых центрах.

Повсеместно фиксируется очень высокий уровень смертности от травматизма.

В 1948 г. появилась надежда на спад связанных с голодом заболеваний. Стала ниже смертность от тифа практически по всей России, кроме некоторых регионов Восточной Сибири. Однако в течение всего послевоенного периода имели место локальные вспышки той или иной формы тифа и паратифа.

Начался процесс локализации инфекционных заболеваний. Как и ранее, очень редка была смерть от детских инфекций,

в том числе от дифтерии. Умершие от этой жестокой болезни, не щадившей и взрослое население, составили в среднем менее 1% от всех умерших (Брянск – 1%, Горький – 0,9%, Воронеж – 0,6%, Иркутск – 0,6% и т. д.)[99].

Меньший удельный вес во многих районах среди причин смерти имела в 1948 г. дизентерия. Хотя болезнь эта по-прежнему была нередка, но от нее даже в самых неблагополучных районах, например в Поволжье, умерло 6–7% от всех умерших. Встречаются и очаги с более высокими показателями, но редко (например, Владимирская область, где от дизентерии погибло около 15%)[100]. Увеличилось число районов, где смертность от этой болезни не превысила 1–2%, т. е. ситуация с ней оказалась более благополучной, чем в 1946-м и тем более в 1947 г. Вспышка хотя и довольно медленно, но пошла на спад.

В связи с преодолением последствий голода несколько уменьшился и процент случаев смерти от пневмонии. Он в среднем составлял по регионам 20–22%, но явно переместился с первого места среди причин смерти на второе[101].

Однако длительное голодание и нарушения в питании продолжали сказываться на потомстве. Влияние пережитого в военные годы здесь не слабело, а порой даже усиливалось. Осталась высокой младенческая смертность от врожденной слабости и преждевременного рождения. Во многих регионах она держалась на уровне 5–6% от всех умерших, в том числе там, где в 1947 г. не превышала 2–3%[102].

Так же, как и в 1947 г., значителен процент смертности от диспепсии, что связано все с теми же последствиями голода, которые на фоне послевоенных трудностей изживались медленно. Если бы здоровье людей не было подорвано войной, последствия голода были бы менее значительны.

В 1948 г. постепенно устанавливается традиционная для России первой половины XX в. картина заболеваемости и смертности. Остроэпидемические заболевания играют все меньшую роль – нет ни чумы, ни оспы, ни массового тифа, ни многочисленных холерных заболеваний. Имеют место вспышки малярии, но постепенно это заболевание, особенно в острых и смертельных формах, идет на спад.

Однако до преобладания эндогенных причин смертности еще далеко. Среди причин смерти на первом месте стоит туберкулез, на него приходится от 25 до 30% всех случаев, затем идут легочные заболевания.

Все бóльшую роль среди смертельных болезней начинают играть раковые заболевания, смертность от них нарастает огромными темпами. Например, в 1948 г. в Горьком смертность от раковых заболеваний составляла пятую часть от всех умерших и входила в список основных причин смерти наряду с туберкулезом. В Ленинграде, Саратове, Казани, Иркутске смерть от онкологических заболеваний составила 14–15% среди всех причин смерти[103], уступая лишь туберкулезу и легочным заболеваниям. Введение новых технологий, производство и испытания новых видов вооружения, значительные изменения в экологии, необеспечение и неразработанность техники безопасности – все это привело к практически ежегодному росту заболеваемости и смертности от рака.

Постепенно растет процент смертности от гриппа, на него приходится в 1948 г. часто более 1% всех причин смерти, причем он охватывает все большее число российских регионов.

Смертность от травматизма снижается на глазах и во многих промышленных центрах уже не превышает 3–4% среди общего количества смертей. Вернувшиеся с фронта мужчины заменяют женщин и подростков и сами восстанавливают или приобретают квалификацию. Сыграло свою роль и то, что правительство стало уделять проблемам повышения или приобретения квалификации особое внимание, так как столкнулось с феноменом практически полного забвения людьми, воевавшими в течение четырех лет, знаний и навыков, приобретенных в годы довоенной жизни. В воспоминаниях фронтовиков, ушедших на фронт после окончания школы, техникума, вуза, нередко звучало, что «на войне все забыл, как будто никогда не учился». В принципе полное переключение внимания на военные действия, нервно-психическая концентрация на военной службе, сами условия фронтовой жизни не могли не привести и зачастую приводили к таким последствиям. Фронтовикам в наикратчайшие сроки предстояло восстановить знания и квалификацию, необходимые для жизни и труда в мирных условиях, а более молодым поколениям, не успевшим выучиться до войны, – получить образование и квалификацию.

Следует отметить, что в послевоенный период, несмотря на все трудности, потерю близких, здоровья, разрушение семей, самоубийства были редки и практически среди причин смерти роли не играли.

Заболеваемость и причины смертности имели во второй половине 1940-х годов преимущественно экзогенный характер. Они были обусловлены тяжестью послевоенной разрухи и голодом 1946–1947 гг. К концу периода положение начало меняться. Происходило снижение экзогенных причин заболеваемости и смертности. Удалось с помощью невероятных усилий отечественной медицины победить ряд заболеваний и снизить смертность от них (туберкулез, малярия, тиф, паратиф и др.). Вакцинация помогла уменьшить число детских инфекций (дифтерии, дизентерии, кори, коклюша). Это была большая победа.

3
Особенности демографического развития России в 1950-е годы

В 1950 г. темпы роста рождаемости замедляются. Так, в Вологодской области по сравнению с 1946 г. рождаемость поднялась только на 11,8%, во Владимирской – на 18,2%, в Воронежской – на 3,6%, в Татарской АССР – на 9,9%, в Ставрополье – на 8,4%. Высокие темпы роста имела рождаемость в Сибири: в Омской области она поднялась на 31% по сравнению с 1946 г., в Новосибирской области сохранила высокий уровень 1949 г. На высоком уровне держится рождаемость в Калужской области – поднялась на 22,5% по сравнению с 1946 г., в Ивановской – на 19%, в Удмуртской АССР – на 36,6%, в Коми АССР – на 31%. Самая высокая рождаемость в конце 1940-х годов отмечена в Дагестанской АССР, причем она неуклонно повышалась[104].

В 1950 г. наблюдалось небольшое повышение рождаемости в Московской области – всего на 9% по сравнению с 1946 г., однако в абсолютных данных, учитывая густонаселенность Подмосковья, это немало – вместо 110 тыс. новорожденных в 1946 г. и 99 тыс. в 1948 г. зафиксировано 120 тыс.

Существовали в 1950 г. и регионы, где рождаемость сократилась по сравнению с первым послевоенным годом. Так, на Дальнем Востоке в Приморском крае рождаемость 1950 г. составила по отношению к 1946 г. 95,6%, в Хабаровском крае – 67,8%. Из центральных областей выделяется Саратовская – там отмечается понижение рождаемости по сравнению с 1946 г. почти на 10%.

В целом, несмотря на неоднозначные тенденции в динамике смертности и рождаемости, естественный прирост населения в 1950 г. был довольно высоким. В РСФСР он составил 16,8‰ (рождаемость – 26,9‰, смертность – 10,1‰), при этом в центральных районах он оказался ниже: в Центральном – 13,2‰, в Центрально-Черноземном – 13,4‰, близкий к нему уровень наблюдался в Поволжье – 15,2 ‰ и в Волго-Вятском районе – 16,4 ‰, самый низкий – в Северо-Западном районе – 11,1‰. Разница связана с уровнем рождаемости.

В Центральном районе коэффициент рождаемости был равен 22,1‰, в Северо-Западном – 19,7‰, в Волго-Вятском – 27,2‰, в Поволжье – 24,6‰[105].

Уровень смертности в названных районах несколько ниже общероссийского: в западных и центральных – 8,3–8,9‰, в Поволжье – 9,4‰ и только в Волго-Вятском районе – 10,8‰, что незначительно превысило уровень общероссийского показателя. Эти данные говорят об оздоровлении ситуации и постепенном преодолении негативных явлений в демографическом развитии, являющихся следствием Великой Отечественной войны. Однако даже понижение смертности не смогло компенсировать снижения рождаемости. Рождаемость из-за гибели молодых людей, прежде всего мужчин репродуктивного возраста, понизилась слишком быстро в этих районах. И именно здесь, в наиболее пострадавших районах, в эти годы должен был наиболее отчетливо проявиться «бэби-бум». Вместо этого рост рождаемости, имевший место в первый послевоенный год, как мы видели, замедлился, хотя население далеко не компенсировалось, и уровень рождаемости оказался несравнимо ниже предвоенного.

Специфика ситуации состоит в том, что темпы снижения смертности опередили темпы снижения рождаемости. По законам демографического перехода, который здесь явно прослеживается, снижение смертности должно опережать падение рождаемости, но этого не произошло.

В национальных автономиях в 1950 г. рождаемость, как правило, несколько превысила показатели районов с преимущественно русским населением. Так, в Чувашской АССР коэффициент рождаемости был равен 29,6‰, в Татарской – 26,2‰, в Мордовской – 27,8‰; смертность также несколько выше в названных республиках – соответственно 11,8 и 10,1‰, только в Мордовской ниже – 8,9‰.

В Северо-Кавказском районе естественный прирост населения составлял 14,4‰, при этом смертность была невысока, заметно ниже общероссийской – 7,7 ‰. Произошло некоторое снижение естественного прироста за счет относительно низкой рождаемости в Краснодарском, Ставропольском краях и в Ростовской области – 21–22‰. Довольно невысокая рождаемость оказалась и в некоторых национальных республиках: в Кабардино-Балкарской – 21,9‰, в Северной Осетии – 19,4‰, зато в Дагестане, в Ингушетии и Чечне рождаемость достигла 26–30‰[106].

Особенности демографической ситуации в этом регионе состояли в том, что население ряда областей пострадало от военных действий и оккупации, а национальных республик – Кабардино-Балкарии и Северной Осетии – от депортаций. Процесс демографической компенсации здесь нормализоваться не успел.

Естественный прирост в этих автономиях соответственно был выше, чем в среднем по краю, и выше среднего по РСФСР – 19,8 и 17,8‰. Смертность в этих республиках и областях колебалась, как уже говорилось, в пределах 7–8‰, т. е. была относительно невысока. Наиболее высокой была в 1950 г. смертность в Дагестане – 10‰, но и здесь показатель не превосходил общероссийский.

На Урале, и особенно в Сибири, естественный прирост был гораздо выше прироста не только в центральных и западных районах, но и в Поволжье, и в Волго-Вятском районе, и даже на Северном Кавказе. В Урало-Сибирском регионе на фоне несколько более высокой, чем в среднем по России, смертности наблюдались значительные показатели рождаемости. Говорить о запаздывании здесь демографического перехода будет, пожалуй, неверно, во всяком случае преувеличивать значение этого фактора не стоит, так как и Урал, и Сибирь были заселены в большой мере славянскими народами, у которых демографические процессы имели очень много сходного со славянами Центральной, Западной и Южной Европейской России. Районы Урала и Сибири, находившиеся в тылу, стали средоточием военно-промышленных предприятий. Сюда вместе с ними были эвакуированы и квалифицированные рабочие, и служащие. В результате здесь не было нарушено, и во время и после войны, соотношение полов, менее были затронуты разрушением семьи, оказались более устойчивыми браки. Хотя реэвакуация вызвала некоторое снижение рождаемости, однако в этих районах она быстро была перекрыта демобили-

зацией. Так, на Урале рождаемость в 1950 г. составила 31,9‰, смертность – 11,7‰, в Западной Сибири – соответственно 32,9 и 12,0‰, в Восточной Сибири – 36,0 и 12,2‰, на Дальнем Востоке – 42,5 и 14,0‰[107].

Естественный прирост в этих районах равнялся соответственно 20,2, 20,9, 23,8 и 28,5‰. Особенно высокими темпами именно за счет естественного прироста росла численность населения Дальнего Востока. Связано это было среди других причин и с его активным освоением и переселением туда людей семьями из пострадавших от войны районов. Определенную роль сыграло и заселение Южного Сахалина. На Урале и особенно в Сибири достаточно полно реализовывался компенсаторный период, хотя, как видим, и здесь с запозданием. Более сильное и устойчивое повышение рождаемости на фоне в общем незначительно превышающей общероссийский уровень смертности привело в Сибири, как считают некоторые исследователи, к демографическому взрыву, не наблюдавшемуся ни в европейской части России, ни в России целом.

Ситуация с младенческой смертностью в 1950 г. была значительно благополучнее, чем в 1947–1948 гг., однако она все-таки сохраняла довольно высокие показатели и по стране, и по ряду регионов. Все еще сказывалось эхо неблагоприятных лет, кроме того, продолжали распространяться тяжелые инфекционные заболевания, и прежде всего менингоэнцефалиты, энцефалиты и энтероколиты. Большой урон здоровью, в том числе младенческому, начал наносить вирусный грипп. Сам по себе он редко служил причиной смерти младенца, однако ослаблял его организм, давал многочисленные осложнения, прежде всего на легкие и бронхи. В России бронхолегочные заболевания исторически служили одной из основных причин младенческой смертности, грипп же сыграл здесь усугубляющую роль. Немалый ущерб нанесла и распространявшаяся среди населения малярия. Смертность от нее в 1950 г. понизилась, однако болевших и переболевших этой болезнью было очень много, их дети рождались ослабленными, с нарушениями состава крови или врожденными кишечно-желудочными заболеваниями и заболеваниями печени и желчного пузыря в связи с тем, что мать новорожденного длительное время употребляла большие дозы хинина, и т. д.

В целом младенческая смертность по РСФСР в 1950 г. превысила уровень 1946 г., составив 88‰. По отдельным регионам ее показатели, как правило, были несколько выше, чем в первые по-

слевоенные годы, хотя значительно ниже, чем в 1947–1948 гг. Следует отметить, что в колебании ее региональных показателей стали прослеживаться тенденции, сходные с 1946 г., что говорит о нормализации ситуации. Так, в южных районах и ряде районов Северного Кавказа младенческая смертность значительно, на целый порядок, снизилась по сравнению со среднероссийским показателем, например в Ставрополье она не превысила 55‰, а в Дагестане – 59,6‰; также и в Центральном Черноземье: в Воронежской области – 58,9‰, в Калужской – выше, но все же ниже среднероссийского уровня – 70‰.

Довольно низким уровнем младенческой смертности отличается Нижнее Поволжье. Так, в Саратовской области она составила в 1950 г. всего 50,3‰, и даже в Астраханской области, отличающейся высоким уровнем инфекционных кишечных заболеваний, ее показатель оказался ниже общероссийского – 80,6‰. В Среднем и Верхнем Поволжье младенческая смертность повышается, например в Татарии ее показатель составил 84,6‰, в Горьковской области – 83,5‰, в Удмуртской АССР – 107,8‰, в Марийской же держится на очень высоком уровне – 114,8‰[108].

Иными словами, если в Саратовской области среди всех умерших младенцы до одного года составили 13%, то в Марийской АССР – 25%.

В Центральном районе уровень младенческой смертности, хотя и не являлся самым низким в России, все же, как правило, не превышал среднероссийского показателя: в Московской области – 78,4‰ (без Москвы), во Владимирской области – 89,1‰.

На севере Европейской России младенческая смертность, как и прежде, была выше, например в Вологодской области она составила более 90‰.

Заметно превосходит европейскую часть России, даже Север, показатель младенческой смертности в Сибири и на Дальнем Востоке, что имело место не только сразу после войны, но и в 1950-е годы, т. е. ситуация здесь оказалась довольно устойчивой.

В Хабаровском и Приморском краях младенческая смертность составляла 103–104‰, т. е. около трети среди всех умерших, в Новосибирской области – 109‰, в Омской несколько ниже – 99‰. Но в целом районы Сибири и Дальнего Востока все еще страдали от повышенной младенческой смертности по причине инфекционных и простудных заболеваний на фоне недостаточности медицинского обслуживания. Сказывался и миграционный приток в эти районы. Мигранты, конечно, увеличивали

численность населения, активно создавали новые семьи и имели довольно высокую рождаемость, однако и детская смертность у них обычно была довольно высокой.

Особенно высокой детской и младенческой смертностью отличались промышленные районы Урала, Верхнего Поволжья и Севера. Например, коэффициент младенческой смертности в Свердловской области составил 114‰, в Кемеровской – 116,5‰, в Челябинской – 114‰[109].

Иными словами, в этих областях 33–34% среди умерших составляли младенцы в возрасте до одного года. Это очень высокий показатель, фактически на уровне традиционного типа воспроизводства населения. В период же демографической компенсации высокая младенческая смертность во многом сводит на нет эффект от повышенной компенсаторной рождаемости.

В середине 1950-х годов происходят важные изменения в детской смертности. Первое и главное – она понижается практически по всем регионам. Это связано и с понижением рождаемости, и с ростом выживаемости младенцев, что является особенностью второй стадии демографического перехода. В целом по РСФСР коэффициент младенческой смертности равнялся в 1955 г. 61‰, что существенно ниже показателя 1950 г. Таким образом, если среди всех умерших младенцы в 1950 г. составляли более 23‰, то в 1955 г. – 18,7‰. Этот показатель еще далек от уровня развитых европейских стран, однако прогрессивная тенденция в демографическом развитии народов России очевидна. Разумеется, ситуация с младенческой смертностью имела региональные различия и названные выше тенденции еще прослеживались, но младенческая смертность значительно снизилась во всех регионах. Так, в упоминавшихся ранее среди наиболее неблагополучных в этом плане Кемеровской, Череповецкой областях показатель младенческой смертности составил в 1955 г. соответственно 75 и 69,2‰, т. е. снизился по сравнению с 1950 г. почти в два раза. Процент детей среди всех умерших в этих областях уже не превышал 25%. В принципе ни в одном из регионов России коэффициент младенческой смертности не достигал 100‰.

Понижение коэффициента младенческой смертности наблюдалось и в Сибири, и на Дальнем Востоке. В 1955 г. этот показатель составил в Новосибирской области 82,8‰, в Омской – 77,3‰. Что касается Дальнего Востока, то там младенческая смертность понизилась настолько, что достигла уровня наиболее благополучных районов Европейской России: в Хабаровском крае –

55,3‰, в Приморском – 49,6‰. Самые же низкие показатели отмечались в Промышленном и Черноземном Центрах и в некоторых районах Нижнего Поволжья. В Московской, Воронежской, Саратовской областях коэффициент младенческой смертности равнялся 45‰, т. е. среди всех умерших младенцы составили 12–14%. Правда, были и исключения. Например, Курская область отмечена в 1955 г. повышенным в сравнении с другими районами Черноземья показателем младенческой смертности, равным 60,5‰.

Невысокими оказались показатели младенческой смертности в южных районах: в Ставрополье – 58‰, в Краснодарском крае – 52,7‰.

Примерно на том же уровне держались они и в Поволжье (кроме упоминавшейся ранее Саратовской области): в Горьковской области – 57,1‰, в Куйбышевской – 56,3‰, несколько выше в Сталинградской области и Татарской АССР – соответственно 61,3 и 61,6‰[110].

В Нижнем Поволжье высокая младенческая смертность наблюдалась в Астраханской области – 71,5‰ (один из самых высоких показателей по России). Играли негативную роль кишечно-желудочные инфекции. Правда, по сравнению с 1950 г. и здесь коэффициент младенческой смертности понизился, но незначительно. По-прежнему 20% от всех умерших составляли дети.

В западных и северо-западных районах младенческая смертность была чуть выше, чем в южных или центральных, например в Смоленской области – 59‰ и даже в Ленинградской – 56,6‰, что несколько неожиданно для области, прилегающей к крупнейшему административному, экономическому, культурному и медицинскому центру.

В Вологодской области упорно сохранялась неблагополучная ситуация – младенческая смертность держалась там на уровне 69‰, хотя по сравнению с первыми послевоенными годами она существенно понизилась.

В целом, как видим, младенческая смертность при том, что она повсеместно понизилась, оставалась в ряде областей все еще высокой. Эпицентрами ее явились Астраханская, Вологодская, Челябинская, Кемеровская, Новосибирская и Омская области. Неблагополучной, как и ранее, была ситуация в Марийской и Удмуртской АССР (75 и 74‰). Пока не было ни одного региона без очагов повышенной младенческой смертности.

С 1950 по 1955 г. в динамике рождаемости и смертности произошли важные, можно сказать коренные, изменения. Рождаемость проявила тенденцию к понижению. Во многих районах РСФСР она понизилась по сравнению с 1950 г., в некоторых повысилась, но очень незначительно. Смертность также по большинству районов имела тенденцию к понижению, что говорит о нормализации демографического развития, о реализации общих с европейскими странами демографических процессов. Разумеется, и в этот период сохранялись региональные различия, однако они уже не были столь резки, как прежде. Так, рождаемость с 1950 по 1955 г. во Владимирской области уменьшилась на 0,5%, в Ивановской – на 7,9%, в Саратовской – на 16,5%; уменьшение рождаемости проявляется и на Урале, и на Дальнем Востоке, например в Хабаровском крае она понизилась на 1%. В Новосибирской области рождаемость за 5 лет увеличилась, но очень незначительно, всего на 5%. Несколько выше она оказалась там, где медленнее развертывался процесс демографического перехода, – в северных, южных и, наконец, национальных районах. Так, число рожденных в 1955 г. по сравнению с 1950 г. увеличилось в Вологодской области на 6,5%, в Ставропольском крае – на 26,5%, в Астраханской области – на 12%, в Марийской АССР – на 13%, в Татарской АССР – на 15%[111].

Больше всего родилось младенцев в 1955 г. по сравнению с 1950 г. в Дагестанской АССР – их число увеличилось на 33,7%. Впрочем, в некоторых автономиях, например в Удмуртской, рождаемость осталась на прежнем уровне. Довольно заметно повысилась рождаемость за 5 лет в Московской области – на 10%. К этому времени молодые мигранты, активно пополнявшие население Москвы, несмотря на бытовые трудности и особенно плохую обеспеченность жильем, адаптировались, создали семьи и обзавелись потомством. Детская смертность в Москве и Московской области была невысокой, мертворождения из-за лучшего медицинского обслуживания случались реже, чем во многих регионах России.

Смертность в РСФСР к 1955 г. заметно снизилась. Число умерших в 1955 г. по отношению к соответствующему показателю 1950 г. составило 91,4%. Во многих регионах она еще больше понизилась. Например, во Владимирской области это соотношение составило 85,8%, в Ивановской – 85,9%, в Кемеровской – 83,5%.

Подобное снижение смертности наблюдалось в самых разных регионах: на Дальнем Востоке, в Сибири, на Урале, в Поволжье. Так, в Омской области отношение численности умерших в 1955 г. к соответствующему показателю 1950 г. составляло 87,7%, в Новосибирской – 83,6%, в Саратовской – 74,5%, в Челябинской – 89,3%.

Смертность снизилась и в автономиях: в Марийской АССР – на 15%, в Татарской – на 8%, в Удмуртской – на 20%[112].

В Московской области процесс снижения смертности был менее значителен, что довольно типично для самых крупных быстрорастущих городов и прилегающих к ним областей, – изменение ритма жизни, наличие новых производств, транспортные аварии, необеспеченность жильем и ряд других причин замедляли снижение смертности.

Однако следует отметить, что в некоторых регионах смертность заметно и даже значительно повысилась. В частности, в середине 1950-х годов это произошло в Астраханской области и Ставрополье. В Астраханской области в 1955 г. процент смертности по отношению к 1950 г. составил 104,8, в Ставропольском же крае – 116,1. Если в Астраханской области такая картина иногда наблюдалась из-за распространенности там, обычно в осенний и летний периоды, всякого рода инфекций, в том числе холеры, то для Ставрополья это не было характерно. При этом обращает на себя внимание повышение в обычно благополучном Ставрополье именно младенческой смертности. Так, если в 1950 г. в Ставропольском крае умерло, не дожив до одного года, прежде всего в первые недели жизни, 1,7 тыс. младенцев, то в 1955 г. – 2,3 тыс., т. е. в полтора раза больше. Ни голода, ни масштабных детских эпидемий в эти годы не наблюдалось. Отметим, что очаги младенческой смертности чуть позднее, в 1956–1957 гг., появились в Поволжье и были связаны с гибелью младенцев в родильных домах от желудочно-кишечных инфекций – паратифа, дизентерии, разных форм гепатита, а также вследствие пупковых инфекций по причине антисанитарного состояния родильных домов и преступного небрежения медицинского персонала. Особенно это касалось тех городских родовспомогательных заведений, куда направлялись женщины из прилегающей сельской местности и пригородов.

В одном из роддомов Казани в 1957 г. в связи с массовой гибелью от острой кишечной инфекции только что выписанных оттуда младенцев по инициативе педиатрической клиники, куда

поступили на лечение зараженные дети, было проведено служебное расследование. В ходе этого расследования выяснилось, что по вине заведующего в роддом принимали на работу нянечек и санитарок без прохождения полного медицинского обследования. Женщины, как правило, прибывали из сельской местности и до устройства на работу в медицинских учреждениях не трудились, т. е. надежд на прохождение ими полного и качественного медицинского обследования по прежнему месту работы не было. Принимали их обычно по рекомендации кого-либо из персонала роддома. Расследование показало, что одна из недавно принятых на работу и допущенных в родильное отделение нянечек была бациллоносителем. Сама она об этом не знала, сдачи же анализов при приеме на работу руководство роддома от нее не потребовало. Когда у многих младенцев были обнаружены симптомы острой кишечной инфекции, руководство роддома распорядилось выписать их досрочно домой, скрыв от матерей истинное положение дел. Видимо, заведующий и главврач надеялись, что когда родители обратятся к врачам, уже невозможно будет установить источник заражения. Однако скрыть служебное преступление не удалось. Расследование было произведено, и виновные понесли наказание. Но, несмотря на все старания врачей и родителей, выжили из числа зараженных младенцев лишь единицы, причем с хроническими желудочными заболеваниями – хроническим гепатитом, язвенной болезнью, хроническим колитом и т. д. В другом роддоме в той же Казани несколькими неделями ранее имела место вспышка мастита, отчего пострадали многие матери и младенцы. Аналогичная ситуация в те годы существовала не только в Казани. Очаг младенческой смертности в Ставрополье, по всей вероятности, имел сходные причины, но был так велик, что изменил общую картину смертности.

В 1950-е годы структура заболеваемости и причин смерти российского населения начинает меняться (см. табл. 32). Инфекционные эпидемические болезни явно ушли на второй и даже более дальний план. По всей России не видно сколько-нибудь серьезных вспышек разного рода тифа и паратифа. Кстати, последняя форма оказалась наиболее устойчивой среди заболеваний этого типа. Так, в 1955 г. случаи смерти от тифа и паратифа в городах России, а также в сельской местности были единичны. Смертность от тифа, составлявшая не более 0,1% от всех умерших, встречалась в Северо-Западном районе, на Верхней Волге, на

Дальнем Востоке[113]. Один человек умер в Воронеже. Однако торжествовать победу над этой болезнью было рано. Очаги заболеваемости, даже со смертельным исходом, наблюдались. Например, в Ленинграде от разных форм тифа умерло в 1955 г. 10 человек, а в Астрахани смертность от тифа составила 0,8% от всех умерших. Астрахань – одно из наиболее уязвимых для разного рода инфекций мест в России. Что касается Ленинграда, то, разумеется, здесь сыграл роль наплыв приезжих. Однако следует помнить известную в настоящее время вещь, а именно то, что для северо-западных районов очень характерна зараженность водоемов, особенно озер, желудочно-кишечными инфекциями. Серьезных же мер по очищению воды в этих районах не принимали. В Москве также было зафиксировано 7 случаев смерти от брюшного тифа, и дело не только в приезжих, но и в том, что невероятно быстро в то время растущий город страдал отставанием в налаживании систем водообеспечения.

Таблица 32

Число умерших от различных причин смерти
в городах России в 1955 г. (%)

Ленинград	
Умерло от установленных причин смерти	100
туберкулез	5,7
воспаление легких	6,0
грипп вирусный эпидемический	0,2
ревматические и прочие заболевания сердца	19,8
гипертония	32,2
рак	32,4
тиф и паратиф	0,1
дифтерия	
корь	0,1
коклюш	0,2
дизентерия	0,9
токсическая диспепсия	0,4
острый гастроэнтероколит до 3 лет	0,2
преждевременное рождение	0,4
родовые травмы	1,9
болезни новорожденных	1,2
врожденные пороки развития	0,4
травмы	4,6
Прочие причины	0,5

Продолжение табл. 32

Москва	
Умерло от установленных причин смерти	100
туберкулез	6,2
воспаление легких	4,3
грипп вирусный эпидемический	0,1
ревматические и прочие заболевания сердца	28,1
гипертония	17,9
рак	30,8
тиф и паратиф	
дифтерия	0,1
корь	0,1
коклюш	0,2
дизентерия	0,7
токсическая диспепсия	0,3
острый гастроэнтероколит до 3 лет	0,3
преждевременное рождение	0,2
родовые травмы	4,2
болезни новорожденных	0,7
врожденные пороки развития	0,9
травмы	4,4
Прочие причины	1,4
Астрахань	
Умерло от установленных причин смерти	100
туберкулез	11,8
воспаление легких	7,2
грипп вирусный эпидемический	0,3
ревматические и прочие заболевания сердца	1,4
в том числе септический эндокардит	0,3
гипертония	5,8
рак	31,2
тиф и паратиф	0,8
дифтерия	0,8
корь	0,8
коклюш	0,7
дизентерия	0,7
токсическая диспепсия	1,5
острый гастроэнтероколит до 3 лет	1,0
преждевременное рождение	1,1
родовые травмы	0,4
болезни новорожденных	1,2
врожденные пороки развития	1,0
травмы	2,0
Прочие причины	9,0

Продолжение табл. 32

Брянск	
Умерло от установленных причин смерти	100
туберкулез	9,6
воспаление легких	8,4
грипп вирусный эпидемический	0,6
ревматические и прочие заболевания сердца	16,1
в том числе септический эндокардит	0,4
гипертония	6,8
рак	25,1
дифтерия	1,8
корь	0,8
коклюш	0,8
дизентерия	14,3
токсическая диспепсия	1,0
острый гастроэнтероколит до 3 лет	0,4
преждевременное рождение	3,4
родовые травмы	1,2
болезни новорожденных	1,4
врожденные пороки развития	1,7
травмы	6,0
Прочие причины	1,9
Владимир	
Умерло от установленных причин смерти	100
туберкулез	5,9
воспаление легких	9,0
грипп вирусный эпидемический	0,3
ревматические и прочие заболевания сердца	24,7
в том числе септический эндокардит	0,4
гипертония	6,3
рак	24,7
дифтерия	0,5
корь	1,0
коклюш	1,0
дизентерия	1,4
токсическая диспепсия	2,9
острый гастроэнтероколит до 3 лет	1,2
преждевременное рождение	0,5
родовые травмы	4,3
болезни новорожденных	0,1
врожденные пороки развития	2,3
травмы	8,3
Прочие причины	7,5

Продолжение табл. 32

Калинин	
Умерло от установленных причин смерти	100
туберкулез	7,1
воспаление легких	10,5
грипп вирусный эпидемический	0,4
ревматические и прочие заболевания сердца	22,0
гипертония	13,1
рак	28,2
дифтерия	0,2
корь	0,1
коклюш	0,4
дизентерия	3,0
токсическая диспепсия	0,4
острый гастроэнтероколит до 3 лет	0,3
преждевременное рождение	1,7
родовые травмы	1,7
болезни новорожденных	2,3
врожденные пороки развития	2,0
травмы	5,6
Прочие причины	1,0
Ижевск	
Умерло от установленных причин смерти	100
туберкулез	8,2
воспаление легких	21,8
грипп вирусный эпидемический	
ревматические и прочие заболевания сердца	16,1
гипертония	5,3
рак	17,3
дифтерия	
корь	1,6
коклюш	3,0
дизентерия	0,7
токсическая диспепсия	0,9
острый гастроэнтероколит до 3 лет	0,9
преждевременное рождение	0,4
родовые травмы	1,8
болезни новорожденных	3,2
врожденные пороки развития	1,8
травмы	4,7
Прочие причины	

Продолжение табл. 32

Казань	
Умерло от установленных причин смерти	100
туберкулез	8,1
воспаление легких	14,3
грипп вирусный эпидемический	0,6
ревматические и прочие заболевания сердца	21,2
гипертония	5,9
рак	24,8
дифтерия	0,6
корь	1,2
коклюш	1,1
дизентерия	17,1
токсическая диспепсия	1,2
острый гастроэнтероколит до 3 лет	0,9
преждевременное рождение	2,7
родовые травмы	3,6
болезни новорожденных	0,6
врожденные пороки развития	1,6
травмы	13,5
Прочие причины	0,7
Кемерово	
Умерло от установленных причин смерти	100
туберкулез	12,7
воспаление легких	18,3
грипп вирусный эпидемический	
ревматические и прочие заболевания сердца	16,9
гипертония	4,0
рак	20,0
дифтерия	0,9
корь	1,4
коклюш	1,2
дизентерия	7,3
токсическая диспепсия	3,3
острый гастроэнтероколит до 3 лет	1,1
преждевременное рождение	3,2
родовые травмы	0,7
болезни новорожденных	1,9
врожденные пороки развития	1,5
травмы	4,6
Прочие причины	1,0

Окончание табл. 32

Курск	
Умерло от установленных причин смерти	100
туберкулез	6,8
воспаление легких	15,2
грипп вирусный эпидемический	0,1
ревматические и прочие заболевания сердца	20,7
гипертония	7,8
рак	27,4
дифтерия	0,4
корь	0,4
коклюш	0,4
дизентерия	7,0
токсическая диспепсия	2,5
острый гастроэнтероколит до 3 лет	0,5
преждевременное рождение	1,6
родовые травмы	2,5
болезни новорожденных	2,2
врожденные пороки развития	1,0
травмы	3,0
Прочие причины	1,4
Владивосток	
Умерло от установленных причин смерти	100
туберкулез	11,5
воспаление легких	15,2
грипп вирусный эпидемический	
ревматические и прочие заболевания сердца, в том числе септический эндокардит	11,5
гипертония	16,3
рак	21,5
дифтерия	0,1
корь	0,5
коклюш	0,2
дизентерия	0,3
токсическая диспепсия	5,5
острый гастроэнтероколит до 3 лет	2,7
преждевременное рождение	1,8
родовые травмы	2,0
болезни новорожденных	0,5
врожденные пороки развития	1,0
травмы	0,7
Прочие причины	7,8

РГАЭ. Ф. 1562. Оп. 27. Д. 104. Л. 19–20, 23–24; Д. 105. Л. 11–12, 29–30, 33–38, 53–54, 59–62, 69–70, 91–92, 105–106, 121–122 (расчеты автора).

Что до страшнейших эпидемических бичей – холеры, чумы, сибирской язвы, натуральной (черной) оспы, то в эти годы они в России практически не фиксировались.

На первое место среди причин смерти в 1950-е годы переместился рак. Его формы были разнообразны и в основном в то время неизлечимы. Действительно, он поражал многие тысячи людей разного возраста. Правда, детей в тот период еще не трогал. Смертность от него составила в мегаполисах – Москве и Ленинграде – соответственно 32,4 и 30,8% от всех умерших[114]. Если в Ленинграде наблюдался интенсивный рост числа раковых заболеваний еще до войны, то для Москвы это новость. Но не только мегаполисы были поражены онкозаболеваниями, но и малые, и средние города, и сельские местности. И в Центральной России это была основная причина смерти – по 27–28% смертей приходилось на нее ежегодно, и в южных областях – свыше 30%, и в западных районах (Брянск, Смоленск) также более четверти смертных случаев приходилось на эту болезнь. Рак в качестве причины смерти лидировал и на Урале, и в Сибири, и на Дальнем Востоке. В одном из наиболее благополучных мест, г. Ижевске, смерть от рака составила 17% от всех смертельных случаев в год. Не исключено, что в Ижевске хуже была поставлена диагностика онкозаболеваний.

На второе место среди причин смерти в 1950-е годы если не во всех, то во многих регионах встали болезни сердца. В первые послевоенные годы сердечные заболевания часто не выделялись в особую графу, в отличие от 1930-х годов, – до такой степени в то время превалировали экзогенные причины смерти. В 1950 г. в статистике появилась графа «болезни сердца», которая к середине 1950-х годов расширилась: были выделены ревматические заболевания сердца, подострый септический эндокардит, прочие заболевания этого рода. По этим причинам в середине и второй половине 1950-х годов умерло в Москве 28% от всех умерших, в Ленинграде – 20%, в Брянске – 16%, во Владимире – 25%, во Владивостоке несколько меньше – 12%, в Курске – 21%, в Кемерово – 17%[115] и т. д.

Кроме болезней сердца большую роль среди причин заболеваемости и смертности начала играть гипертония. В центральных районах от нее погибло от 13 до 17% среди всех умерших. В южных районах, а также на Урале и в Сибири процент смертности от нее был несколько ниже – 4–8. Имелись районы с очень высокой смертностью от гипертонии, и прежде всего круп-

ные города, находящиеся вблизи морей. Так, в Ленинграде от нее умерло 32,2% среди всех умерших, во Владивостоке – 18%[116]. В Москве также был высок процент смертности от нее. Туберкулез и пневмония, уступая сердечным и онкозаболеваниям, тем не менее были еще весьма распространены: от туберкулеза умерло 5–6% среди всех умерших, от пневмонии – 4–5%. За несколько лет в крупных городах и вообще в европейской части России были достигнуты большие успехи в лечении этих болезней. Очаги туберкулеза возникли в 1950-е годы на Урале и на Дальнем Востоке, а пневмонии – в Сибири и Верхнем Поволжье. Впрочем, в 1955 г. большое число смертей от пневмонии наблюдалось и в Среднем Поволжье, и в Центрально-Черноземной области. Например, в Казани умерло от этой болезни 14% от всех умерших, в Ижевске – 22%, в Кемерово – 18%, в Курске – 15%[117] и т. д. И все же наметилась тенденция к сокращению заболеваемости обоими видами болезней.

Число инфекционных желудочно-кишечных заболеваний также значительно сократилось. Особенно это коснулось связанной в основном с нарушениями питания диспепсии. В 1950-е годы на эту причину смерти пришлось по разным районам от 0,5 до 2,5% от всех смертельных случаев за год. Также невелика была смертность от гастроэнтероколита, часто менее 1%. Однако дизентерия в некоторых регионах еще представляла опасность. Если в крупных городах с ней удалось в значительной степени справиться, например, в Москве от нее умирало ежегодно менее 1% от всех умерших, в городах Центральной России – 1,5–3,0%, на Урале и в Сибири – 5–7%, то в Поволжье – более 10%. Особенно выделилась Казань – там во второй половине 1950-х годов смертность от дизентерии превысила 17% среди всех причин смерти. Такой же неблагополучной была ситуация в западных регионах, например в Брянске – 14% смертей от дизентерии, в северных же регионах смертность от этого заболевания по сравнению с послевоенным периодом заметно понизилась.

В 1950-е годы наблюдался рост смертности и от детских инфекций – коклюша и кори. С дифтерией удалось справиться. От коклюша же, в частности, погибло во второй половине 1950-х годов 1–1,2% среди всех умерших, процент невелик, однако он выше, чем в первые послевоенные годы. Смертность от кори достигала порой, например в Волго-Вятском районе, 3,05% среди всех причин смерти. Дети, родившиеся от ослабленного войной населения, сами отличались пониженной сопротивляемостью орга-

низма и тяжело переносили обычные для детского возраста инфекции. Внимания же им было оказано недостаточно. Медики сражались с новыми опасными заболеваниями – онкологическими, сердечными.

Следует остановиться на травматизме. От него погибало от 4 до 8% среди всего умершего взрослого населения. По сравнению с годами ранней индустриализации, когда отсутствовала серьезная подготовка к работе на промышленном оборудовании, и военным периодом, когда на производстве были задействованы в основном женщины и подростки, смертность от травматизма явно сократилась, но все же в 1950-е годы оставалась значительной, особенно в некоторых районах. Например, в Казани в 1955 г. 13% умерших погибло от травм[118].

Что касается смертности среди новорожденных, здесь также произошли изменения в структуре причин смерти. Исчезла такая причина, как врожденная слабость. Нормализация экономической жизни, улучшение питания, внимание государства к проблемам охраны материнства и детства привели к ослаблению значения этой причины гибели младенцев. Но по-прежнему часть из них умирала от преждевременного рождения (от 3 до 12% от всех умерших детей до года). Играли свою роль и болезни новорожденных (3–5%), и все больше замечено случаев смерти от пороков внутриутробного развития – в некоторых регионах до 5% новорожденных. Обращает на себя внимание такая причина смерти младенцев, как травмы при родах. В большинстве регионов среди новорожденных от травм при родах умерло 2–4% от всех умерших младенцев. Если ранее названные причины были связаны с общим состоянием здоровья матери или с экологическими условиями, то эта находится в прямой зависимости от уровня медицинского обслуживания. Потери здесь отнюдь не малые. В Москве в 1955 г. от травм, полученных вследствие неумело принятых родов, погибло 1175 младенцев[119].

Итак, тенденции к снижению смертности полностью реализовались к началу 1950-х годов. В РСФСР в целом и в большинстве регионов России смертность оказалась ниже уровня 1946 г., не говоря уже о 1947–1948 гг. Так, в 1950 г. по РСФСР она снизилась по сравнению с показателем 1946 г. на 3,9%, в центральных областях – на 12–20% (во Владимирской – на 19%, в Ивановской – на 19,5%, в Московской – на 12,7%), в Поволжье – на 10–12% (в Саратовской области – на 12,7%, в Горьковской – на 11%), в Черноземном центре – на 10–15% и т. д.

Та же картина в Сибири и на Дальнем Востоке: в Новосибирской области смертность по сравнению с 1946 г. снизилась на 14%, в Хабаровском крае – на 28%. Отмечается снижение смертности и на юге России (в Ставрополье – на 4,3%) и т. д.

В автономных республиках также отмечено заметное снижение смертности: в Татарской – на 4%, а в Дагестанской – даже на 25%.

Однако в 1950 г. тенденция к снижению смертности фиксировалась не повсеместно. Есть горестные исключения, и их не так уж мало, причем в разных регионах. Например, в 1950 г. по сравнению с 1946 г. смертность выросла в Свердловской области – на 10%, в Марийской АССР – на 12%, в Приморском крае – на 3%, в Астраханской области – на 8%. При этом повсюду причиной были остроинфекционные заболевания.

В Свердловской же области смертность повысилась и по другим причинам – из-за появления там принципиально новых производств, в том числе экологически опасных, повышения травматизма, в том числе из-за оттока высококвалифицированных рабочих в прежние места жительства в связи с реэвакуацией. Давало о себе знать и сосредоточение здесь мест заключения.

Итак, во второй половине 1950-х годов в России наблюдалась устойчивая тенденция к снижению рождаемости: ее коэффициент в 1950 г. составил 26,9‰, в 1955 г. – 25,7‰, в 1959 г. – 23,7‰[120].

Но особенно ярко эта тенденция проявила себя в 1960-е годы. Рождаемость в СССР и РСФСР резко упала, ее показатель стабилизировался. В 1960 г. он составлял 23,2‰, в 1965 г. – 15,7‰, в 1970 – 14,6‰, затем поднимается, но ненамного: в 1975 г. – 15,7‰, в 1979 г. – 15,8‰.

Быстрое снижение показателя рождаемости охватило все районы РСФСР. Приведем данные за 1960 и 1970 гг. по отдельным регионам:

в Центральном регионе – 18,4 и 12,6‰;
в Северо-Западном – 15,8 и 12,3‰;
в Северном – 26,9 и 15,1‰;
на Северном Кавказе – 24,0 и 16,3‰;
в Поволжском районе – 23,6 и 14,7‰;
в Волго-Вятском – 24,5 и 14,3‰;
в Центрально-Черноземном – 21,8 и 12,6‰;
в Уральском районе – 26,6 и 15,6‰;
в Западно-Сибирском – 26,7 и 15,2‰;
в Восточно-Сибирском – 27,7 и 17,5‰;
на Дальнем Востоке – 25,0 и 17,8‰[121].

В особом положении находились Северо-Западный, Западный и Центральный районы, где снижение рождаемости произошло раньше и таких резких скачков в ее показателях не наблюдалось. Типичными были повсеместные тенденции к снижению возраста матерей и уменьшению числа рождений у женщин в возрасте после 35 лет[122].

По отдельным областям колебания уровня рождаемости в 1960 г. выглядели следующим образом. Северный район отличался в этот период еще высокой рождаемостью, не только в автономиях, но и в традиционно русских областях: в Архангельской – 26,3‰, в Мурманской – 25,3‰, в Карельской АССР – 30,0‰, в Коми АССР – 30,6‰. Самый низкий показатель рождаемости, в Вологодской области, был относительно низок – 24,2‰.

В Северо-Западном районе самый низкий уровень рождаемости в 1960 г. был отмечен в Ленинграде – 13,3‰, в прилегающей же к городу области он оказался значительно выше – 19,7‰, что естественно для второй фазы демографического перехода, так как рождаемость в сельской местности осталась на более высоком и близком к традиционному уровне. Следует отметить, что для села и этот показатель уже невысок. Впоследствии в областях, прилегающих к крупным городам, произойдет более быстрое снижение рождаемости, чем в «глубинке». В Новгородской и особенно Псковской областях показатель рождаемости для сельской местности был также невысокий (соответственно 19,2 и 17,3‰)[123], города же Новгород и Псков в этот период были невелики и отличались низкой рождаемостью, что сказалось на общих показателях по области. В принципе Псковщина уже тогда была отмечена пониженной рождаемостью, т. е. там начинался процесс, который, поскольку ему не было уделено должного внимания, привел к запустению псковской деревни.

В западных областях уровень показателей рождаемости колебался – если в Смоленской области он был заметно ниже общероссийского и близок к уровню рождаемости Северо-Запада (19,1‰), то в Брянской области несколько выше – 24,5‰[124]. Самая западная область РСФСР, Калининградская, имела по-европейски низкий коэффициент рождаемости – 15,6‰.

В Центральном районе также отмечались колебания уровня рождаемости, хотя в большинстве областей этот показатель не был высоким, что привело к низкому уровню показателя рождаемости по району в целом. Самый низкий показатель рождаемости в регионе и один из самых низких в России наблюдался в ме-

гаполисе (как и на Северо-Западе). В Москве он не превысил в 1960 г. 14,5‰. В Московской области он был уже заметно выше – 18,3‰, однако все еще невелик. Столь же невысокий уровень рождаемости сохранялся в следующих областях:

в Ивановской –18,6‰;
в Рязанской – 19,7‰;
в Тверской – 17,3‰;
в Тульской – 19,0 ‰,
в Ярославской – 18,4‰.

В Калужской и Костромской областях он оказался несколько выше – соответственно 21,5 и 22,6‰[125].

Центрально-Черноземный район имел чуть более высокий показатель рождаемости, но и там видно его снижение. В большинстве областей этот показатель находился в 1960 г. на уровне 21–22‰ (в Белгородской, Тамбовской, Липецкой областях). Самым низким он оказался в Воронежской области – 20,6‰, самым высоким, хотя и относительно, – в Курской – 23,1‰. Сказалось влияние быстрорастущего г. Воронежа как административного, учебного и промышленного центра.

В Волго-Вятском и Поволжском районах рождаемость держалась на высоком уровне, причем в районах с преимущественно славянским населением она была заметно ниже и близка к уровню Центрального Черноземья, а в национальных автономиях сохраняла высокие показатели. Но и в районах с преобладанием русскоязычного населения рождаемость все равно превышала уровень Центрального и Западного районов. При явном разбросе показателей по этническому признаку здесь также проявляется взаимный процесс сближения показателей у проживающих в одной местности в условиях тесного контактирования этносов. Так, в Горьковской области рождаемость составила 21,7‰, в Волгоградской – 22,3‰, в Пензенской – 22,3‰, в Саратовской – 20,1‰, в Ульяновской – 22,8‰ и т. д.

В то же время в автономиях эти показатели заметно выше: в Татарии – 28,3‰, в Мордовии – 27,3‰, в Чувашии – 30,7‰, в Марийской АССР – 29,3‰[126].

Однако и в этих республиках проявляется тенденция к понижению рождаемости и более других – в Мордовской и Татарской АССР. В связи с дисперсным расселением русские деревни соседствовали с татарскими и чувашскими, были довольно широко распространены межнациональные браки, города тоже имели многонациональный характер. Следствием стало распростране-

ние и общих норм демографического поведения. Причем под этим влиянием не только у татар и чувашей понизилась рождаемость, увеличились разводы и т. д., но и у русских повысилась рождаемость.

Традиционно высокой осталась рождаемость в Калмыкии – 37,4‰[127].

На Северном Кавказе в 1960 г. традиционно высоким был уровень рождаемости в автономных республиках (Дагестан – 40,0‰, Карачаево-Черкессия – 29,5‰, Чечня и Ингушетия – 32,3‰ и т. д.). Однако в некоторых автономиях уже наблюдалось снижение рождаемости (в Адыгее, Северной Осетии), где показатель не превысил 22‰. В принципе на Северном Кавказе отсутствовало дисперсное расселение различных этносов, характерное для Поволжья. Автономии жили достаточно изолированно, сохраняя традиционные демографические ориентации. В заселенных русскими жителями районах показатели рождаемости находились на уровне показателей европейского центра России: в Ставрополье – 20,7‰, в Краснодарском крае – 20,9‰.

Уральский регион отличался и в 1960 г. практически повсеместно более высокими коэффициентами рождаемости, чем Центральная Россия. Ниже всего они были в Свердловской области – 22,9‰, в Челябинской – уже 24,1‰, в Оренбургской – 27,7‰, в Пермской (без Коми-Пермяцкого округа) – 25,7‰.

Как видим, даже вблизи от промышленных центров показатель рождаемости оказался выше, чем во многих областях Центральной России. В автономиях же он был весьма высок: в Коми-Пермяцком округе составил 34,8‰, в Башкирской АССР – 33,0‰[128].

В Западно-Сибирском крае прослеживаются примерно те же закономерности в колебаниях показателя рождаемости, что и в Уральском регионе: более высокий, чем в центре России, коэффициент даже в областях с преобладанием русского и вообще славянского населения, не говоря уже об автономиях. Правда, в уральских и западносибирских автономиях ни один из этносов не вышел на уровень рождаемости Калмыкии и Дагестана. В Кемеровской, Новосибирской, Томской областях показатель рождаемости чуть превысил 25‰, в Омской и Тюменской областях достиг 28–29‰. В национальных районах он заметно выше, например в Ханты-Мансийском автономном округе – 32,5‰, в Ямало-Ненецком – 33,8‰.

Восточно-Сибирский регион отличился еще более высоким коэффициентом рождаемости. Как правило, он не опускался ниже 25‰:

в Иркутской области – 27,2‰;

в Красноярском крае –25,3‰;

в Читинской области – 28,9‰.

В автономиях уровень рождаемости был еще выше, что характерно и для других регионов: в Бурятии – 31,8‰, в Тувинской АССР – 38,9‰, в Агинском Бурятском автономном округе – 40,1‰. Но отдельные автономии Восточной Сибири отличились очень низкой рождаемостью, например Эвенкийский автономный округ – 15,3‰, Таймырский автономный округ – 23,2‰[129]. Как видим, у народов с еще близкой к традиционной рождаемостью проявился не демографический переход, а наметились крайне негативные, кризисные демографические тенденции. В целом разброс показателей имел место не только и даже не столько между русским и коренным населением (в населенных преимущественно русскими областях показатели были довольно высокие, даже по сравнению с Зауральем), сколько между различными группами коренных этносов.

В дальневосточном регионе наблюдались более традиционные колебания показателей рождаемости: в русских областях заметно ниже, хотя и не на уровне европейского центра, но в приближении к нему, а в автономиях – как обычно, выше. Сравним данные по некоторым областям, краям и автономиям:

Приморский край – 23,7‰; Якутская АССР – 33,8‰;

Хабаровский край – 22,7‰; Корякский автономный округ – 29,7‰;

Амурская область – 24,2‰; Чукотский автономный округ – 29,7‰[130].

Сахалинская область имела довольно характерный для Дальнего Востока коэффициент рождаемости – 25,4‰.

Таким образом, согласно региональным данным на рубеже 1950–1960-х годов уровень рождаемости явно понизился, что соответствует второй фазе демографического перехода, а региональный и этнический разброс показателей не характерен для завершения демографического перехода в России, о чем поторопились сообщить некоторые исследователи. Даже вторая фаза – снижение рождаемости – еще не была завершена. Налицо черты, характерные для незавершенности, – рост показателей рождаемости от северо-запада к юго-востоку, от Европейской России к

Азиатской. У славянских народов показатели оказались ниже, чем у финноугорских и тюркских. Однако сокращение рождаемости коснулось почти всех народов России. Практически на прежнем уровне сохранилась рождаемость лишь в Дагестане, Бурятии и Калмыкии. Обращают на себя внимание тревожные тенденции в демографическом развитии ряда малых народностей Восточной Сибири.

Рубеж 1960-х годов был отмечен и значительным понижением смертности и выравниванием ее показателей в городе и на селе. Смертность в РСФСР в 1960 г. составляла 7,4‰, в городе – 6,7‰, а на селе – 8,2‰; в 1970 г. – соответственно 8,7, 7,9 и 10,07‰. При этом сократилось число экзогенных причин смерти. Если инфекционные и паразитарные болезни в 1960 г. унесли 62 тыс. жизней (52,2 на 100 тыс. населения), то в 1970 г. – 31 тыс. (24,0 на 100 тыс.), а в 1979 г. – 28 тыс. (20,5 на 100 тыс.). Основными причинами смерти стали заболевания эндогенного характера: на первом месте оказались болезни органов кровообращения, а на втором – новообразования. Среди младенцев на фоне снижающейся смертности также уменьшилось число умерших от инфекционных и паразитарных болезней. Если в 1960 г. от них погибло 11 тыс. младенцев, то в 1970 г. – только 2 тыс. К концу 1970-х годов этот показатель поднимается до 7 тыс. Основными болезнями, ставшими причиной младенческой смертности, в эти годы явились болезни органов дыхания, а также отдельные случаи, возникавшие в перинатальном периоде. Таким образом, в соотношении причин общей и детской смертности произошли существенные изменения. Смертность младенцев от врожденных аномалий в 1960-е годы пока еще незначительна.

Сильных колебаний показателей смертности в 1960 г. по регионам не наблюдалось. Однако стабилизация произошла на низком уровне, сопоставимом с европейскими стандартами, с тем отличием, что в Западной Европе уже дал о себе знать давно начавшийся процесс старения населения, что несколько увеличило процент смертности. В России же этот процесс еще не укоренился, отсюда очень низкие показатели смертности, причем практически повсеместно:

в Центральном регионе – 7,7‰;
в Северо-Западном регионе – 7,6‰;
в Северном регионе – 7,3‰;
на Северном Кавказе – 7,2‰;
в Поволжье – 7,6‰;

в Волго-Вятском регионе – 7,9‰;
в Центрально-Черноземном регионе – 7,7‰;
на Урале – 7,4‰;
в Западно-Сибирском регионе – 6,9‰;
в Восточно-Сибирском регионе – 6,8‰;
на Дальнем Востоке – 6,2‰[131].

Здесь мы видим при близости показателей несколько более низкую смертность в Западно-Сибирском, Восточно-Сибирском, Дальневосточном краях, что говорит не о меньшем проценте заболеваемости и более высокой продолжительности жизни, но о составе населения, характерном для новых мест освоения, пополнявшихся в основном за счет мигрантов молодого возраста.

В областях среди населения России также отмечались небольшие колебания в показателях смертности. Северный регион характеризовался довольно ровными и низкими показателями, даже в национальных автономиях. Так, в Архангельской области смертность составляла в 1960 г. 7,8‰, в Коми – 6,0‰, в Ненецком автономном округе – 7,2‰. Самый низкий показатель смертности отмечался в Мурманской области – 4,7‰, так как город в значительной степени был населен военнослужащими и моряками военного, гражданского, промыслового флотов и их семьями, как правило, молодыми. Наиболее высокий уровень смертности был зафиксирован в Вологодской области – 8,9‰, что значительно выше среднего по России показателя. Конечно, Вологда – центр старого заселения, кроме того, на рубеже 1960-х годов миграционные потоки направлялись из города, а не наоборот. Тем не менее столь высокий уровень смертности говорит прежде всего об экологических нарушениях и распространенности острозаразных заболеваний – дизентерии, полиомиелита.

Северо-Западный и Центральный районы имели самые низкие уровни смертности в мегаполисах, прежде всего из-за качественного медицинского обслуживания и соблюдения норм охраны труда и производственной безопасности. В сельской местности, а также в областях, примыкавших к небольшим провинциальным городам, откуда имел место отток молодого населения в новые активно строящиеся промышленные, образовательные, административные центры, смертность, как правило, была выше.

В Ленинграде показатель смертности в 1960 г. не превышал 6,9‰, в Москве – 7,6‰. В то же время в Новгородской, Ивановской, Калужской, Рязанской, Ярославской областях он был выше – соответственно 8,8, 8,1, 8,1, 7,9, 8,5‰[132]. В Северо-Западном

районе высокий уровень смертности оказался в Псковской области (9,8‰), о неблагоприятных тенденциях демографического развития которой мы уже говорили. В Центральном районе в этом плане выделилась Тверская область – 9,4‰[133].

Центральное Черноземье имело довольно равномерные и низкие показатели смертности – от 7,4‰ в Липецкой области до 7,7‰ в Курской и Воронежской областях. Исключением явилась аграрная Тамбовская область (8,2‰), но, как видим, и здесь колебание показателя смертности в сторону увеличения относительно небольшое.

В Волго-Вятском и Поволжском регионах, как и в Северо-Западном и Центральном, отмечался более низкий уровень смертности в районах, приближенных к быстрорастущим промышленным и культурным центрам (данные по областям):

Горьковская – 7,6‰;
Волгоградская – 7,2‰;
Саратовская – 7,4‰;
Ульяновская – 7,9‰;
Куйбышевская (Самарская) – 7,3‰;
Татарская АССР – 7,7‰.

Что касается районов с преобладанием сельского хозяйства, в том числе национальных автономий, кроме уже упоминавшейся Татарии с крупным промышленным центром Казанью, то там наблюдалась чуть более высокая смертность, так как возраст населения, как правило, был старше, а медицинское обслуживание и особенно профилактика заболеваемости оставляли желать лучшего. Однако это повышение невелико. Даже национальные районы отличались невысокой смертностью.

Итак, в Чувашской АССР смертность составляла 8,2‰, в Марийской АССР – 8,7‰, в Кировской области, заселенной в значительной степени русским населением, – 8,6‰. И только в Калмыкии заметно выше был уровень смертности – более 9‰. Однако, учитывая отставание там демографического перехода и устойчивость традиций в развитии демографических процессов, подобный уровень смертности, более низкий, чем в ряде центральных, с преобладанием русского населения областей, говорит о благополучии демографической ситуации.

В Северо-Кавказском крае показатель смертности колебался в пределах 7,4–7,6‰. Однако имели место районы, в основном среди коренного населения, с очень низкой смертностью (сказывалось традиционное «кавказское долголетие»): в Кабардино-

Балкарской АССР – 5,9‰, Северо-Осетинской АССР – 6,2‰, Карачаево-Черкесской автономной области – 5,7‰[134].

На Урале и в Западной и Восточной Сибири коэффициенты смертности были не ниже, чем в Центральной России, а в районах притока мигрантов – зачастую ниже. Сравним данные по областям:

в Свердловской области – 6,9‰;

в Челябинской области – 6,7‰;

в Красноярском крае – 6,8‰;

в Кемеровской области – 6,4‰[135].

В национальных автономиях они также не были высокими:

в Башкирской АССР – 7,6‰;

на Алтае – 7,9‰;

в Бурятской АССР – 7,3‰;

в Таймырском автономном округе – 5,1‰;

в Эвенкийском автономном округе – 7,1‰[136].

У некоторых коренных этносов показатели смертности превышают средний коэффициент по России, но ненамного. Так, в Ханты-Мансийском автономном округе этот показатель достиг 8,0‰, в Ямало-Ненецком – 8,1‰, в Тувинской АССР он один из наиболее высоких в Сибири – 8,6‰.

В Дальневосточном регионе ситуация у коренных народов не столь благополучна, и их показатели смертности несколько выше, чем в Сибири.

В Якутии этот показатель составил 8,9‰, в Корякском автономном округе – 9,0‰. В Приморском и Хабаровском краях, в Амурской области, на Камчатке коэффициент смертности был невысоким (соответственно 6,2, 5,8, 6,2 и 5,8‰) по сравнению со смертностью местного населения. Но связано это было, в отличие от показателей рождаемости, не с традиционно высокой смертностью коренного населения (она, как мы видели, была относительно невелика), а с молодым составом пришлого населения в период активного освоения Дальнего Востока. При этом именно на рубеже 1960-х годов сальдо миграции в Дальневосточном регионе составляло всего 5,9‰. Дело в том, что в этот период имел место отлив прибывших туда ранее мигрантов, а им на смену двигалась новая миграционная волна. Естественно, состав населения менялся в сторону омоложения. В 1960 г. на каждую тысячу населения края прибывал 121 человек.

В этот период и на этом этапе демографического развития определяющей в демографических процессах была рождаемость населения. Именно уровень рождаемости был подвержен значительным колебаниям, а ее показатели имели большой региональ-

ный и этнический разброс, прежде всего именно она оказывала влияние на уровень и темпы естественного прироста населения. В то же время уровень смертности был стабильно невысок и разброс показателей по регионам и этносам – незначительным. Можно выделить немногие области и автономии с показателями смертности, заметно превышающими средние по России. Например, проблемными были Псковщина, Вологда, Тверь, из национальных республик – Калмыкия, Корякский автономный округ и некоторые другие. Причины этого явления разные: и неблагоприятная экология, и удаленность от крупных центров, но прежде всего – низкое качество медицинского обслуживания.

Особо важен для характеристики населения уровень младенческой смертности. В принципе он заметно понизился за десятилетие, с конца 1940-х до конца 1950-х годов, однако его еще нельзя было назвать низким и он еще не вышел, даже к 1960 г., на европейский уровень. Здесь кроется одна из причин, по которой преждевременно считать 1960-е годы, особенно их первую половину, временем завершения демографического перехода в России.

В среднем по республике младенческая смертность составляла 36,6‰, т. е. понизилась за десятилетие более чем в два раза. По регионам она выглядела так:

в Центральном – 32,6‰;
в Северо-Западном – 30,0‰;
в Северном – 44,7‰;
на Северном Кавказе – 35,8‰;
в Поволжье – 36,2‰;
в Волго-Вятском районе – 38,7‰;
в Центрально-Черноземном – 34,3‰;
в Уральском районе – 41,8‰;
в Западно-Сибирском – 35,4‰;
в Восточно-Сибирском – 35,5‰;
на Дальнем Востоке – 37,5‰[137].

Таким образом, показатель младенческой смертности оказался ниже в регионах с более интенсивно развивающимся демографическим переходом, в том числе с невысокой рождаемостью – в Центральном и Северо-Западном. Самые низкие показатели наблюдаются в Ленинграде (26,2‰) и Москве (27,9‰). В Северо-Западном регионе детская смертность повсеместно значительно ниже общероссийского показателя и не превышает 35‰ (Новгородская область). В Центральном регионе картина тоже довольно однообразна – колебания в пределах 28 (Ивановская, Рязан-

ская, Московская области) – 32‰ (Тверская, Ярославская), т. е. значительно ниже общероссийского показателя. Несколько областей приблизились к этому показателю: Костромская область – 33,9‰, Орловская – 34,9‰, Тульская – 34,6‰, и только в одной области Центрального региона отмечен значительный показатель младенческой смертности в 1960 г. – в Калужской (42,8‰).

Западные области – Брянская, Смоленская – отличились неожиданно высокими показателями младенческой смертности: около 40‰. Здесь имели место проблемы с молочным и мясным питанием, случались длительные вспышки дизентерии, трудно было справиться с туберкулезом. И хотя с окончания войны прошло уже 15 лет, но ее разрушительные последствия все еще сказывались – в детородный возраст в 1960 г. вступило поколение, чье детство пришлось на годы войны и оккупации, т. е. в полной мере пострадавшее от недоедания, нечеловеческих жилищных условий, отсутствия элементарной медицинской помощи. Многие испытали на себе ужасы фашистского геноцида, в частности умышленного заражения инфекционными болезнями, и т. д. Их потомство было ослаблено.

Явно неблагополучной оказалась ситуация в Северном регионе, особенно в Карелии и Архангельской области, – показатели составляли соответственно 52,5 и 47,3‰. В Коми АССР и Ненецком автономном округе ситуация была несколько благополучнее.

В европейской части России повышенными показателями младенческой смертности отличались Волго-Вятский регион и некоторые районы Поволжья. При этом в автономиях они зачастую были выше, однако это явление не повсеместное и в некоторых из них коэффициент младенческой смертности был низким, а в заселенных преимущественно русским населением областях – высоким. Так, если в Чувашской и Марийской АССР младенческая смертность составила соответственно 45,5 и 48,7‰, а в Калмыкии этот печальный показатель оказался одним из самых высоких по РСФСР – 50,4‰, то в Мордовской АССР – всего 33,2‰. Отличалась высоким показателем Астраханская область – 41,2‰. В Центральном Черноземье, а именно в Курской области, также был отмечен высокий показатель младенческой смертности – 42,9‰. Но в большинстве областей Поволжья и Черноземья этот показатель ниже общероссийского:

Воронежская область – 29,5‰;

Липецкая область – 31,4‰;

Тамбовская область – 32,6‰;

Горьковская область – 35,1‰;
Саратовская область – 26,0‰;
Пензенская область – 34,4‰;
Куйбышевская область – 34,6‰.

Следует отметить, что ситуация на Северном Кавказе в 1960 г. не была столь благополучна, как это принято считать, и младенческая смертность там хотя и невысока, но значительно выше, чем, скажем, на Северо-Западе, что говорит об ослаблении зависимости ее уровня от климатических условий. Ситуация с младенческой смертностью здесь не отличалась стабильностью как в областях и краях, так и в республиках. В Краснодарском крае отмечен далеко не низкий коэффициент младенческой смертности, если учесть, о каком благодатном в климатическом плане месте идет речь, – 38,0‰. В Карачаево-Черкессии он значительно ниже – 18,9‰, в Северной Осетии тоже небольшой – 27,6‰, однако в Дагестанской АССР повысился до 41,6‰, в Кабардино-Балкарии – до 38,8‰ и т. д. Подобная неустойчивость в снижении уровня младенческой смертности свидетельствует о незавершенности и демографического, и эпидемиологического переходов.

Этими же причинами вкупе с неблагоприятной экологией объясняется обращающий на себя внимание высокий коэффициент младенческой смертности на Урале. Явно повышен он на Дальнем Востоке. В Сибири же этот показатель хотя и выше, чем в Центральном и Северо-Западном районах, однако относительно многих других регионов, в том числе Европейской России, невысок.

Однако, несмотря на периодические колебания показателя смертности в сторону повышения и достаточно четкую тенденцию к понижению рождаемости, естественный прирост на рубеже 1950–1960-х годов был устойчиво положительным по всем регионам, что говорит о повороте в сторону проявления тенденции к демографической стабилизации.

Естественный прирост в Российской Федерации в 1960 г. составил 15,8%[138]. По сравнению с предшествующим периодом он понизился, но остался выше прироста в странах Западной Европы. При этом дифференциация его по регионам достаточно велика. На Северо-Западе и в Центре он гораздо ниже общероссийского – 8,2 и 10,7‰, но особенно невысок в мегаполисах: в Москве – 6,9‰, в Ленинграде – 6,4‰[139]. Однако следует отметить, что и здесь естественный прирост устойчиво положителен. Невысо-

кая рождаемость нивелирована низкой смертностью, в том числе детской. В аграрно-промышленных областях показатель естественного прироста несколько выше, даже в Центральной России. Например, в Калужской области он составил 13,4‰, во Владимирской – 13,0‰.

На западе республики естественный прирост не был высоким. Так, в Смоленске этот показатель насчитывал 11,1‰. В самой западной Калининградской области демографическая ситуация оказалась весьма благополучной – на фоне довольно высокой рождаемости очень низкая смертность, поэтому естественный прирост населения превысил средний показатель по России, составив 19,3‰[140].

Что касается Северного региона, то там в 1960 г. естественный прирост также заметно выше среднего по Федерации – 19,6‰. Показатель смертности был выше, чем в Калининградской области, хотя по сравнению со многими другими районами невысоким, но высокий коэффициент рождаемости отсюда дал и высокий уровень естественного прироста. Самая благоприятная картина наблюдалась в Коми и Ненецком автономном округе – свыше 24‰, второе место занимала Карелия – 22,9‰, затем Архангельская область – 18,5‰. Хотя в последнем случае естественный прирост был ниже, все равно он превысил общероссийский показатель. Самый низкий прирост населения зафиксирован в Вологодской области – 15,3‰. Практически во всех районах Северного региона отмечался в начале 1960-х годов значительный рост населения за счет высокой рождаемости, однако везде, в том числе в автономиях, проявлялась тенденция к снижению по сравнению с предыдущим периодом. Демографическая ситуация в этом регионе складывалась таким образом, что можно было ожидать в самом ближайшем будущем существенного снижения естественного прироста населения.

В Поволжье и Волго-Вятском районе естественный прирост в эти годы был выше, чем в Центре, в западных и северо-западных областях он составлял 16,0 и 16,6‰. Повышение этого показателя связано с более высоким естественным приростом в автономиях, где следы традиционного типа воспроизводства населения были ощутимыми и на рубеже 1960-х годов. В областях же с преобладанием славянского и смешанным составом населения показатели естественного прироста были несколько ниже, чем в промышленном Центре, но близки к регионам Центрального Черноземья. Например, в Саратовской области есте-

ственный прирост в 1960 г. составил 12,7‰, в Куйбышевской (Самарской) – 14,4‰, в Ульяновской – 14,9‰, в Сталинградской (Волгоградской) – 15,1‰, в Кировской – 14,4‰, в Горьковской – 14,1‰.

В национальных автономиях наблюдался более высокий естественный прирост населения: в Марийской, Мордовской, Чувашской, Татарской АССР – соответственно 21,1, 19,9, 22,5, 20,6‰. Особенно высок был прирост в Калмыкии по причине все еще сохранявшегося высокого уровня рождаемости – 28,3‰. При этом заметна дифференциация и между самими автономиями. Так, в Татарстане и Мордовской республике показатели прироста несколько ниже, чем, например, в Чувашии.

В Центрально-Черноземном районе естественный прирост имеет как бы промежуточные средние показатели между промышленным Центром и Поволжьем. В целом по району естественный прирост составил 14,1‰. Эта ситуация характерна практически для всех областей Центрального Черноземья. Если и есть колебания, то они незначительны – от 12,9‰ в Воронежской области до 15,5‰ в Липецкой. В целом в этом регионе не наблюдаются такие перепады в показателях естественного прироста, как в Поволжье.

На Северном Кавказе резкие различия между показателями входящих в регион республик и областей как раз имели место. В Краснодарском и Ставропольском краях естественный прирост был близок к приросту в Центральной России. Среди республик же дифференциация его показателей значительна. В Дагестане он достиг очень большой для 1960 г. величины – 32,8‰ и по сравнению с предшествующими периодами даже повысился. Здесь на рубеже 1960-х годов наблюдалась очень высокая рождаемость на фоне низкой смертности. Если Россия в целом не переживала демографического взрыва, то у некоторых народов он проявился. Сходная ситуация была в Ингушетии, Кабардино-Балкарии и Карачаево-Черкессии, – естественный прирост превзошел показатели предшествующих периодов и держался на высоком уровне – соответственно 26,3, 24,9, 23,9‰. В Адыгее и Северной Осетии прирост, пережив подъем в начале или середине 1950-х годов, начал понижаться и составил в 1960 г. соответственно 14,3 и 15,6‰. Средний показатель естественного прироста по Северному Кавказу равнялся 16,8‰, но при этом нужно учитывать его значительные колебания между областями и республиками региона[141].

В Уральском районе естественный прирост равнялся 19,2‰. Как правило, областные и республиканские показатели там превышали общероссийский. Самый низкий по региону естественный прирост (16,0‰) наблюдался в Свердловской области, что, как уже говорилось выше, свойственно крупным индустриальным центрам. В Челябинской и Пермской областях этот показатель ненамного превзошел средний по России – соответственно 17,4 и 18,0‰. В автономиях естественный прирост держался на значительно более высоком уровне: в Башкирии – 25,4‰, в Коми-Пермяцком автономном округе – 27,1‰. Однако и здесь обнаружилась дифференциация в показателях между автономиями. Так, в Удмуртской АССР естественный прирост был заметно ниже (21,3‰) и имел тенденцию к дальнейшему понижению.

В Западной и Восточной Сибири показатели естественного прироста оказались выше, чем на Урале, но незначительно, составив 19,8 и 20,9‰, к тому же имело место их сближение. В Новосибирской, Кемеровской и Томской областях естественный прирост был ниже среднего по району, хотя выше общероссийского: 18,5, 19,2, 18,1‰, а в Алтайском крае, Омской и Тюменской областях – выше среднего по региону, но незначительно – 20,3, 21,5, 20,4‰. Выделились высокими показателями естественного прироста Ямало-Ненецкий и Ханты-Мансийский автономные округа – 25,7 и 24,5‰, однако здесь признаки демографического взрыва отсутствуют, рождаемость и естественный прирост имеют тенденцию к понижению, хотя этот процесс развивался довольно медленно. В Восточно-Сибирском районе наблюдалась разница в показателях естественного прироста как между областями, заселенными в основном русским населением, так и между автономиями, к примеру, в Красноярском крае – 18,5‰, а в Читинской области заметно выше – 22,4‰. В Эвенкийском автономном округе из-за резкого снижения рождаемости естественный прирост составил всего 8,2‰, несмотря на низкий уровень смертности, тогда как в Усть-Ордынском и Агинском Бурятских автономных округах – соответственно 26,5 и 33,6‰[142].

На Дальнем Востоке в 1960 г. естественный прирост в целом был ниже, чем в Сибири. По региону его показатель составлял 18,8‰, но во многих областях он не достигал этого уровня: в Хабаровском крае – 16,9‰, в Амурской области – 18,0‰, в Приморском крае – 17,5‰[143]. В Камчатской и Сахалинской областях наблюдались более высокие показатели, но не превышающие 20–21‰. Что касается автономий, то там вследствие несколько

более высокой смертности на фоне заметно большей рождаемости естественный прирост был выше. Однако дифференциация показателей между автономиями и в сравнении их с русскими и смешанными областями не столь велика, как во многих других регионах. Так, в Чукотском автономном округе естественный прирост составил 21,6‰, в Корякском – 20,7‰. Самый высокий показатель был в Якутии, но там он по сравнению с другими областями и автономиями России не превысил 24,9‰. Правда, как у некоторых народов Кавказа, имело место его повышение из-за значительного снижения смертности на фоне все еще сохранявшейся высокой рождаемости, однако уже проявлялась тенденция к снижению последней.

Естественный прирост по регионам был устойчиво положительным, но имел явную тенденцию к снижению, характерному более всего для Северо-Запада, Запада и Центра страны. В южных, северных и восточных районах его показатели были выше, а признаки традиционного типа воспроизводства населения – устойчивее. Дифференциация показателей, однако, наблюдалась не только между славянскими областями и национальными автономиями, но и между самими автономиями.

Если в целом в России не было демографического взрыва, то у ряда населяющих ее народов прослеживались его признаки в связи с сохранением и даже увеличением уровня рождаемости на фоне быстро снижающейся смертности.

Примечания

[1] Демографическая модернизация России. 1900–2000 гг. М., 2006. С. 165.

[2] Население России в XX веке: исторические очерки. Т. 2. 1940–1959 гг. М.: РОССПЭН, 2002. С. 343.

[3] РГАЭ. Ф. 1562. Оп. 20. Д. 636. Л. 3 (подсчеты автора); *Андреев Е.М., Дарский Л.Е., Харькова Т.Л.* Демографическая история России: 1927–1959. М., 1998. С. 165.

[4] РГАЭ. Ф. 1562. Оп. 20.

[5] Там же. Л. 182, 145, 236, 257 (подсчеты автора).

[6] Там же (подсчеты автора).

[7] Там же. Л. 111, 114, 127, 156, 175, 189 (подсчеты автора).

[8] Там же. Л. 224, 239, 242, 248, 254 (подсчеты автора).

[9] Там же. Л. 111, 114, 239 (подсчеты автора).

[10] Там же. Л. 145, 186 (подсчеты автора).

[11] РГАЭ. Ф. 1562. Оп. 20. Д. 636. Л. 131, 139, 183 (подсчеты автора).

[12] Там же. Л. 54, 87, 84, 69, 127, 145, 156, 230, 236, 111, 239, 189, 242, 248, 254, 182, 153, 149, 60 (подсчеты автора).

[13] Там же. Л. 257 (подсчеты автора).

[14] Там же. Л. 72–157 (подсчеты автора).

[15] Там же. Л. 91, 131, 139 (подсчеты автора).

[16] Там же.

[17] Там же. Д. 697. Л. 1 (подсчеты автора).

[18] Там же. Л. 12, 14, 25, 33, 38 (подсчеты автора).

[19] Там же. Л. 15, 28, 32, 41, 55 (подсчеты автора).

[20] Там же. Л. 1 (подсчеты автора).

[21] Там же. Л. 12, 14, 16, 28, 36, 38, 44, 52, 64, 76, 88, 101, 111, 151, 154 (подсчеты автора).

[22] Там же. Д. 701. Л. 11, 16, 22, 39, 44 (подсчеты автора).

[23] См.: Медновости. 06.06.2002; Mednovosti.ru. 05.03.2002.

[24] РГАЭ. Ф. 1562. Оп. 18. Д. 362. Л. 78–79, 83–84 (подсчеты автора).

[25] Там же.

[26] Там же (подсчеты автора).

[27] Там же. Л. 3–4.

[28] Там же.

[29] Там же.

[30] Там же.

[31] Там же.

[32] Там же.

[33] Там же. Л. 23–24.

[34] Там же. Л. 23.

[35] Там же. Л. 23–24.

[36] Там же. Л. 23 (подсчеты автора).

[37] Там же. Л. 28.

[38] Там же. Л. 28–29.

[39] Там же (подсчеты автора).

[40] Там же (подсчеты автора).

[41] Там же. Л. 8.

[42] Там же.

[43] Там же. Л. 8–9.

[44] Там же. Л. 70.

[45] Там же. Л. 74–75.

[46] Руководство по эпидемиологии инфекционных болезней. М.: Медицина, 1993. Т. 1 и 2.

[47] *Сергеева Н.А., Сомов Н.М., Ключник Н.С.* О туляремийных очагах Северо-Запада РСФСР // Труды Ленингр. ин-та им. Пастера. 1967. № 31.

[48] Там же. Л. 68–69.
[49] Там же. Л. 99–105.
[50] Там же. Л. 13–14.
[51] Там же. Л. 13.
[52] Там же.
[53] Там же. Л. 13–14.
[54] Там же. Д. 360. Л. 30.
[55] Там же. Д. 362 (подсчеты автора).
[56] Там же. Л. 14.
[57] Там же. Л. 18–19.
[58] Там же (подсчеты автора).
[59] Там же. Л. 93–94 (подсчеты автора).
[60] Там же. Л. 33–35.
[61] Там же.
[62] Там же (подсчеты автора).
[63] Там же. Л. 66.
[64] Там же. Л. 64.
[65] Там же. Л. 88–89.
[66] Там же. Л. 110–111.
[67] Там же.
[68] Там же. Д. 418. Л. 18–64 (подсчеты автора).
[69] Там же. Л. 32 (подсчеты автора).
[70] Там же. Л. 18–24 (подсчеты автора).
[71] Там же. Л. 32, 37, 43 (подсчеты автора).
[72] Там же. Л. 35 (подсчеты автора).
[73] Там же. Л. 18, 28, 34, 40, 43, 52, 64 (подсчеты автора).
[74] Там же. Л. 37–41 (подсчеты автора).
[75] Там же. Л. 32, 35 (подсчеты автора).
[76] Там же. Д. 419. Л. 11.
[77] Там же. Л. 61.
[78] Там же. Л. 18–64 (подсчеты автора).
[79] Там же. Д. 420. Л. 56 (подсчеты автора).
[80] Там же. Д. 362. Л. 28, 37, 40, 43, 64 (подсчеты автора).
[81] Там же. Д. 420. Л. 7 (подсчеты автора).
[82] Там же. Д. 420. Л. 16–36 (подсчеты автора).
[83] Там же. Д. 331. Л. 125.
[84] Там же. Д. 362. Л. 120–121.
[85] Там же. Д. 420. Л. 104.

[86] Там же.
[87] Там же. Д. 331. Л. 125; Д. 362. Л. 115; Д. 420. Л. 114.
[88] Там же (подсчеты автора).
[89] Там же. Д. 331. Л. 125; Д. 362. Л. 120; Д. 420. Л. 105.
[90] Там же. Д. 331. Л. 125; Д. 362. Л. 120; Д. 420. Л. 104.
[91] Там же. Д. 362. Л. 125; Д. 420. Л. 110.
[92] Там же. Д. 420. Л. 110 (подсчеты автора).
[93] Там же (подсчеты автора).
[94] Там же. Д. 362. Л. 120; Д. 420. Л. 104 (подсчеты автора).
[95] Там же. Л. 2–2 об.
[96] Там же.
[97] Там же. Л. 111, 114, 239 (подсчеты автора).
[98] Там же. Л. 145, 186 (подсчеты автора).
[99] РГАЭ. Ф. 1562. Оп. 20. Д. 760. Л. 23–24, 35–36, 55–58.
[100] Там же.
[101] Там же. Л. 29–30, 35–36, 55–56.
[102] Там же.
[103] Там же. Л. 37–38, 41–42, 56–58.
[104] Там же. Д. 924. Л. 11–12.
[105] Там же. Л. 18–24.
[106] Там же.
[107] Там же. Л. 38–44.
[108] Там же.
[109] Там же. Л. 56–60.
[110] Там же. Л. 72–85.
[111] Там же.
[112] Там же. Л. 92–104.
[113] Там же. Оп. 27. Д. 105. Л. 33–34; Д. 104. Л. 19–20.
[114] Там же. Л. 19–20, 23–24.
[115] Там же. Л. 33–36, 53–54, 69–70, 91–92.
[116] Там же. Л. 69–70, 91–92.
[117] Там же.
[118] Там же. Л. 59–60.
[119] Там же. Д. 105. Л. 20.
[120] Там же. Л. 84.
[121] Там же. Л. 114–137.
[122] Население России за 100 лет (1897–1997). М., 1998. С. 114–137.
[123] Там же. С. 116–117 (подсчеты автора).
[124] Там же. С. 117, 119.
[125] Там же. С. 117–120.
[126] Там же. С. 120–125.

[127] Там же. С. 124.
[128] Там же. С. 128–130.
[129] Там же. С. 130–133.
[130] Там же. С. 135–138.
[131] Там же. С. 114–137 (подсчеты автора).
[132] Там же. С. 116–119.
[133] Там же. С. 123–125 (подсчеты автора).
[134] Там же. С. 127.
[135] Там же. С. 128–131.
[136] Там же. С. 130–132 (подсчеты автора).
[137] Там же. С. 114–131.
[138] Там же. С. 114.
[139] Там же. С. 116, 118.
[140] Там же. С. 138.
[141] Там же. С. 126–128.
[142] Там же. С. 129–135.
[143] Там же. С. 136–138.

ПОСЛЕВОЕННЫЙ ПЕРИОД ИСТОРИИ НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ В КОНТЕКСТЕ ГЛОБАЛЬНОГО ДЕМОГРАФИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ
(*вместо заключения*)

Демографическое развитие населения мира – одна из глобальных жизненно важных проблем современности.

Сложившаяся в 1990-е годы очень сложная, без преувеличения можно сказать, *катастрофическая демографическая ситуация в России* все более беспокоит и российское правительство, и общественность. Активно дискутируется и в российской науке, и в российских СМИ проблема депопуляции многих народов России. Одни участники дискуссий стараются привлечь внимание правительства и общественности к негативным тенденциям в демографическом развитии России и их последствиям с целью найти выход из существующего кризиса, предлагают меры по его преодолению, другие – впадают в отчаяние и преувеличивают и без того значительные осложнения в протекании демографических процессов, третьи – стараются смягчить ситуацию, успокоить общественность и сослаться на естественное течение демографических процессов, объяснить все происходящее развитием демографического перехода, который пережили практически все страны Европы, т. е. считать сокращение населения естественным процессом, присущим всем странам по достижении определенного уровня развития цивилизации. А стало быть, нечего и беспокоиться, все естественно, все нормально, даже цивилизованно.

Для начала разберемся в самой терминологии, которая применяется в ходе дебатов. Речь, прежде всего, идет о понятиях «депопуляция» и «демографический переход»*. Что вкладывается в их содержание?

---

* В настоящее время ряд исследователей пользуются термином «демографическая модернизация». Имеются в виду масштабные трансформации в демографическом развитии населения. В основе этого явления лежит смена типов воспроизводства населения, которая осуществляется путем демографического перехода от традиционного к современному.

Строго говоря, депопуляция – это вымирание населения вследствие его суженного воспроизводства, когда численность последующих поколений в течение длительного срока меньше предыдущих, т. е. нетто-коэффициент воспроизводства населения страны или крупного региона в течение длительного времени меньше единицы. В последнее время большое распространение получило толкование термина «депопуляция» как численного уменьшения населения по самым разным причинам. Стало привычным говорить о депопуляции деревни, депопуляции того или иного небольшого района или области. В этих случаях термин «депопуляция» может быть использован условно, так как речь идет о перемещении населения из деревни в город, из одной области в другую, часто заселенную тем же этносом. При этом не происходит исчезновения этносов, но лишь меняются условия их существования – климатические, экологические, социально-экономические, бытовые. Иногда подобные изменения служат как раз не вымиранию, не вырождению, а укреплению и численному увеличению, улучшению режима воспроизводства той или иной группы населения, того или иного этноса.

Разумеется, не следует преуменьшать проблем, связанных с интенсивными миграциями – межобластными, между городом и селом и прочими. Но частое и далеко не всегда обоснованное применение термина «депопуляция» ведет к забвению его изначального трагического смысла.

Проблема демографического перехода (иногда его называют демографической революцией) давно волнует ученых. В науке этим термином принято называть переход от традиционного к современному типу воспроизводства населения.

Каковы роль и место послевоенного периода в развитии демографического перехода в России? Как он отразился на протекании демографических процессов, какой импульс дал последующим поколениям?

Ответить на эти вопросы можно, лишь проследив этап за этапом развитие демографического перехода в России со всей его спецификой.

Демографический переход начался в конце XVII в. в наиболее индустриально развитых странах Западной Европы, а к середине XX в. охватил почти весь мир. Развитие этого перехода связано с изменением типов смертности и рождаемости, для него характерны снижение уровней смертности и рождаемости, увеличение средней продолжительности жизни, сокращение

экзогенных причин смерти, снижение смертности в детском и молодом возрастах и т. д. Преобладающей становится простая (нуклеарная) семья, включающая супружескую пару с детьми, не состоящими в браке. Темпы естественного прироста населения снижаются. Наблюдается процесс старения населения. При нормальном протекании демографического перехода на его завершающей стадии происходит демографическая стабилизация и как ее результат – простое воспроизводство населения, когда показатель естественного прироста равен нулю. Численность населения стабилизируется. В разных странах протекание демографического перехода имело свою специфику.

В России демографический переход начался позднее, чем в странах Западной Европы, быстро развивался, отличался большой спецификой, которая повлияла на динамику процессов рождаемости, смертности и брачности.

Первые признаки демографического перехода отмечались в центральных и западных районах Российской империи еще в 90-е годы XIX в., когда наметилась слабая тенденция к снижению смертности, а в первые десятилетия XX в. – к некоторому снижению рождаемости. Однако это касалось не всего населения страны, а преимущественно городского, и прежде всего отдельных социальных слоев, таких как дворянство, интеллигенция, некоторые группы мещанства. Фиксировались эти признаки в западных и центральных индустриально развитых районах России. На большей же части российской территории продолжал преобладать традиционный способ воспроизводства населения с его высокими показателями рождаемости и смертности.

В то время как демографический переход к новому типу воспроизводства населения в большинстве стран Западной Европы начался значительно раньше, еще в конце XVII в., развивался достаточно динамично и ко второй половине XX в. был в основном завершен, в России его развитие осложнилось факторами объективного и субъективного порядка, обусловившими ряд особенностей в его протекании.

Специфика демографического перехода в нашей стране заключалась, во-первых, в том, что он имел *прерывный характер,* выражавшийся в том, что его естественное развитие на протяжении всего XX столетия неоднократно нарушалось факторами экзогенного порядка. Среди них – кровопролитные войны на территории России, в том числе Первая и Вторая мировые и Гражданская войны, унесшие миллионы человеческих жизней, частые

локальные военные конфликты. Страна не раз переживала глубокие политические и социально-экономические катаклизмы и кризисы. Ситуация усугублялась массовыми репрессиями. Население России понесло большие потери в связи с голодом 1921, 1932–1933 и 1947 гг. и т. д. Все эти события имели глубокие демографические последствия и ввергали страну в демографические кризисы и катастрофы, поскольку сопровождались миллионными военными людскими потерями, значительным повышением смертности, приводили к резкому понижению рождаемости, ослаблению здоровья населения, распространению хронических заболеваний, в том числе в молодых и детских возрастах.

Последствия кризисных демографических ситуаций растягивались на несколько десятилетий, прерывая демографический переход на длительный срок, иногда надолго изменяя естественное течение демографических процессов.

В самом деле, по известным подсчетам Ю.А. Полякова, население России в годы Гражданской войны уменьшилось на 11–15 млн человек (включая эмиграцию), в том числе из-за разных инфекционных заболеваний[1]. Военные потери, последствия красного, белого, «зеленого», «розового» террора, распространение инфекционных заболеваний, ослабление здоровья истощенных людей, антисанитария, недостаток питания, отопления и прочего привели к тому, что показатель смертности населения возрос, в частности, в Европейской России до 40,9‰[2]. При этом смертность мужчин в полтора раза превысила смертность женщин. В научных трудах красный террор изучен больше, чем белый. Долгое время в отечественной литературе было распространено мнение о том, что красный террор явился ответом на белый. В 1990 г. стало популярным другое, прямо противоположное мнение о том, что белого террора якобы не существовало вообще, были лишь отдельные акции в ответ на красный террор. И то и другое мнения односторонни, террор развернулся практически одновременно в конце 1917 г. с обеих сторон в самых широких масштабах и жесточайших формах. Не только красный террор проводился на государственном уровне, но и белый осуществлялся правительствами Колчака, Деникина, Врангеля на занятых их армиями территориях. При этих правительствах существовали специальные карательные органы. Так, у Колчака это были карательные отряды особого назначения, милиция. В распоряжении правительства Деникина имелись военно-полевые суды, судебно-следственные комиссии, карательные функции осуществляла

также контрразведка. Кроме того, в центре России существовал Комуч (Комитет членов Учредительного собрания), который действовал в Поволжье, Мелекесе, Ставрополье. В его состав входили правые эсеры, меньшевики, а опорой были легионеры чехословацкого корпуса. Органами террора при нем являлись контрразведка («Особая охранка»), Чрезвычайный военный суд, а также чешская и сербская контрразведки. Кроме того, террористические методы были взяты на вооружение Временным областным правительством Урала, в состав которого входили правые эсеры, кадеты, трудовики.

Террором занимались также Временное Сибирское правительство, Директория, созданная правыми эсерами и кадетами, Верховное управление Северной области во главе с народным социалистом Н. Чайковским. Все эти правительства имели, подобно Комучу, отлаженную систему карательных органов. Правительства не включали в свой состав представителей большевиков, противостоя и Советской власти и белой армии. Их в литературе называли «розовыми». Известны своими террористическими действиями и банды, например банда Махно, которого определяли как «зеленого». Иногда он заключал временные союзы то с белыми, то с красными, но действия его были достаточно сепаратистскими.

Свои военно-полевые суды имелись у Врангеля, практиковал он широко и расстрелы без суда «на усмотрение офицера».

Ни белые, ни красные, ни «розовые», ни «зеленые» не придерживались в своих карательных мерах борьбы с противником каких-либо правовых норм. Совершалось все часто на уровне самосуда и расправы, сообразуясь «с политической целесообразностью». Там же, где были суды, они проводились с нарушениями прав личности на защиту.

Все виды террора сочетали в себе и индивидуальные, и массовые формы. Любой террор был одинаково преступен, а его проявления – равно отвратительны и бесчеловечны и различались лишь некоторыми деталями: расстрелы, казни на средневековом уровне, взятие заложников, тюрьмы, расправы с военнопленными, лагеря смерти, пытки. В Поволжье Комуч практиковал еще и «эшелоны смерти» (людей заталкивали в вагоны и эшелоны безостановочно гоняли по путям, узники, как правило, погибали от духоты, отсутствия воды и пищи). Так, в «эшелоне смерти», отправленном в Самару, находилось 2900 человек, из них около 2000 погибли в пути. На острове Мудьюг (правительство Чай-

ковского) был концлагерь смерти, где заключенных сажали в карцер в вечную мерзлоту или топили в проруби в реке Пинеге. У красных практиковались многочисленные казни заложников, известны зверское истребление экипажей кораблей «Трувор» и «Румыния», Крымская трагедия. В армии Колчака была практика вешать на дорогах, на воротах, отрезать уши и носы крестьянам, оказывавшим сопротивление или не желавшим идти в его армию. Сам Колчак относился к действиям террористского характера снисходительно и поощрительно, считал, что «обычно так делается на войне». Армия Деникина приобрела особую известность еврейскими погромами.

Конец террора времен Гражданской войны датируется исследователями 1920–1922 гг. Думается, что правомернее считать 1920 г. концом террора, поскольку подавление Кронштадтского мятежа 1921 г. – это уже метод репрессивной политики утвердившейся диктатуры, другими словами, иной тип террора.

Число жертв всех видов террора эпохи Гражданской войны точно назвать невозможно, но приблизительные подсчеты встречаются в разных изданиях. Те авторы, которые придерживаются широкого понятия красного террора (С.П. Мельгунов, П.Н. Милюков) и опираются на данные созданной А. Деникиным «Особой комиссии по расследованию злодеяний большевиков при Главнокомандующем Вооруженными силами Юга России», исчисляют жертвы красного террора в 1918–1919 гг. в 1 млн 700–1 млн 766 тыс. человек. При этом следует иметь в виду, что эта комиссия относила к жертвам террора кроме физически уничтоженных, погибших от пыток, казней, побоев, умерщвленных голодом, умерших от намеренного лишения медицинской помощи еще и арестованных, принужденных к трудработам, лишенных продпайка, потерпевших от всякого рода оскорблений, попрания неприкосновенности личности, а также пропавших без вести[3].

Другие исследователи подвергают сомнению эти данные, считая их несколько завышенными. По их подсчетам, жертвами красного, белого и всякого другого террора, погромов, бандитизма, подавления крестьянских выступлений пало в 1918–1919 гг. свыше 1 млн человек[4]. Достаточно распространенной в литературе является оценка погибших от красного и белого террора в несколько десятков тысяч человек[5]. Некоторые исследователи и публицисты прибегают к оценке жертв террора, данной А.И. Солженицыным: с июня по октябрь 1918 г. было расстреляно 16 тыс. человек[6]. Подсчеты жертв красного, белого и иных видов террора

очень затруднительны. В научной литературе есть общие оценки потерь населения в годы Гражданской войны. Однако надо иметь в виду, что эти потери были связаны не только с террором, но и с действиями вооруженных сил обеих сторон, бесчинствами, в том числе и террористического характера, японских, английских, французских и иных интервентов, распространением эпидемических заболеваний, голодом, гибелью беженцев и т. д.

Ближе к истине, нам кажется, оценка в 1–1,5 млн людских потерь от террора, включая погибших от пыток, казней, побоев, умерщвленных голодом и в результате намеренного лишения медицинской помощи.

Вследствие голода 1921 г. уровень смертности еще более увеличился, особенно в городах. В пострадавших от голода зонах он составил в Саратове – более 60‰, в Казани – 45‰, в Самаре – 60,3‰ и т. д. В ряде городов смертность превысила рождаемость. Так, в городах Владимирской губернии в 1920 г. на 100 родившихся приходилось 368 умерших, в городах Орловской губернии – 266, в Перми – 211[7].

За годы Первой мировой и Гражданской войн катастрофически снизилась рождаемость. В России в конце XIX в. показатель рождаемости был равен 50,5‰, а в 1920 г. его величина колебалась в разных губерниях от 23 до 35‰[8].

В связи с последствиями голода рождаемость еще более сократилась. Например, в городах Саратовской губернии она снизилась с 32,9‰ в 1921 г. до 21,4‰ в 1922 г., в сельской местности – соответственно с 33,4 до 27,4‰, в Казани – с 34 до 14‰, в сельской местности Орловской губернии – с 41,4 до 30,3‰ и т. д. Особенно высокими были показатели детской и младенческой смертности[9].

Рождаемость в 1919 г. начала было повышаться в связи с первой волной демобилизации. Однако эта тенденция не была устойчивой, в ряде местностей коэффициент рождаемости продолжал понижаться и после демобилизации. В 1920 г. после окончания Гражданской войны началась вторая волна демобилизации, что несколько увеличило долю мужского населения и привело к повышению рождаемости. Однако рост рождаемости наблюдался отнюдь не повсеместно. Например, в Ярославле и Орле ее показатель даже понизился.

После окончания Гражданской войны начался период демографической компенсации, охвативший 1925–1928 гг. Эти годы характеризовались высокими показателями рождаемости.

Общий ее коэффициент в европейской части страны ни разу не опустился ниже 44,7‰, а «эффективной» рождаемости (без учета мертворожденных) – ниже 30,7‰[10]. Однако довоенный уровень показателя так и не был достигнут.

В мирных условиях начали появляться признаки демографического перехода. Во второй половине 1920-х годов получило развитие внутрисемейное регулирование, прежде всего в городах Европейской России. Уменьшились размер семьи и количество детей в ней. Процесс этот был довольно медленным, рождаемость даже в городах оставалась еще высокой (например, в 1926 г. – 33,7‰), тем более – в сельской местности (45,4‰)[11]. Однако само наличие разницы в показателях рождаемости между городом и селом характерно для демографического перехода. Смертность в компенсаторный период несколько сократилась. Общий коэффициент ее понизился до 24‰. Увеличилась в Центральной России средняя продолжительность жизни мужчин – до 42 лет, а женщин – до 47[12]. Однако уже к концу 1920-х годов коэффициент смертности вновь повысился. При этом увеличилось число случаев ранней смертности мужчин в трудоспособных и детородных возрастах.

Таким образом, даже в этот относительно благоприятный для реализации демографического перехода период не были преодолены нарушения в развитии демографических процессов. Тем не менее тенденция к их нормализации успела проявиться с достаточной очевидностью.

Коллективизация и особенно голод 1932–1933 гг. снова нарушили естественное течение демографических процессов. В 1933 г. в сельской местности Европейской России младенческая смертность составила 735‰. Высокая смертность была зарегистрирована и среди детей. Процент умерших в возрасте до одного года детей из родившихся в 1933 г. в городах европейской части РСФСР был равен 42, а в селах – 35,3, из родившихся в 1934 г. – 58 и 64,7. Высокая смертность наблюдалась в 1933 г. не только в детских, но и в молодых возрастах.

Вопрос о людских потерях в период голода 1932–1933 гг. рассматривают В.П. Данилов, И.Е. Зеленин, Н.А. Ивницкий[13] и другие. Из зарубежных изданий обращают на себя внимание работы С. Уиткрофта и Р. Дэвиса[14]. Проблемой людских потерь занимались С. Максудов и Д. Конквест[15]. Большое значение имеют региональные исследования, позволяющие определить географию голода на территории собственно России (тогда РСФСР),

основанные на материалах местных архивов. Региональные исследования ведутся В.В. Кондрашиным по Поволжью, Е.Н. Осколковым по Северному Кавказу, В.А. Исуповым по Сибири, Г.Е. Корниловым по Уралу[16]. Результаты их нашли отражение в работах историографического плана (см., напр., Н.А. Араловец)[17].

Людские потери в Казахстане и Киргизии, тогда входивших в состав РСФСР, исследовались Ж.Б. Абылхожиным, М.К. Козыбаевым, М.Б. Татимовым, А.Н. Алексеенко, Ш. Батырбаевой[18].

Демографические последствия голода в Украине рассматриваются С.В. Кульчицким, А.Л. Перковским, С.И. Пирожковым[19] и другими.

Трудами историков-демографов на сегодня выявлена достаточно полно география голода, охватившая население страны в 1932–1933 гг. Это основные зерновые районы СССР – Украина, Северный Кавказ, Нижнее и Среднее Поволжье, значительная часть Центрально-Черноземной области, Казахстан, Западная Сибирь, Южный Урал.

В вышедших в последнее время работах украинских исследователей показано, что от голода пострадали в Украине более других Киевская и Харьковская области, тяжело отразился голод и на населении Днепропетровской и Одесской областей, менее других он затронул Черниговскую и Донецкую области, хотя и там фиксировалось повышение смертности[20].

Голод охватил обширную территорию РСФСР. Значительные потери от этого бедствия понесли районы Кубани, Дона и Ставрополья. В Поволжье наиболее высокие показатели смертности от голода фиксировались в Саратовской и Самарской (Куйбышевской) областях, Автономной Республике Немцев Поволжья. Пострадало также население Сталинградской (Волгоградской), Оренбургской, Пензенской, Курской, Орловской, Ярославской областей.

Голод охватил часть Уральской области – территорию современной Курганской области, юг современной Свердловской области и часть Челябинской, в Западно-Сибирском крае – территорию современного Алтайского края, юг современной Новосибирской области, южную часть Омской области. Пострадало от голода население Восточной Сибири и Дальнего Востока.

В итоге число жертв от голода в РСФСР составило, по современным оценкам исследователей, не менее 2,5 млн[21], общие потери населения от голода насчитывали 7–8 млн человек[22].

В 1933 г. был зафиксирован отрицательный прирост населения в СССР.

Демографические процессы на протяжении 1930-х годов подверглись не только воздействию голода, но и таких тяжелых по своим последствиям факторов, как насильственное переселение раскулаченных и целых народностей, шквал репрессий. И все же в этих сложных условиях в середине 1930-х годов на фоне снижения по сравнению с голодными годами смертности проявляется тенденция к повышению рождаемости. По существующим оценкам, коэффициент последней колеблется в пределах 35–42‰[23]. Даже в городах она держится на довольно высоком уровне (по данным на конец десятилетия – 31,5‰)[24]. Вместе с тем ее относительные показатели склоняются к снижению, в том числе и в сельской местности. Так, в деревне суммарный коэффициент рождаемости составил во второй половине 1920-х годов 5,4 рождений на одну женщину, а во второй половине 1930-х – 4,4[25]. Уменьшился средний размер семьи. В Центральной России в 1939 г. уже преобладали семьи из трех-пяти человек, особенно в городах. Понятно, что в связи с все большим вовлечением женщины в производственную деятельность, с получением ею образования росли ее внесемейные интересы. Соответственно набирает силу процесс регулирования рождаемости. Однако не надо преувеличивать значения в те годы внутрисемейного планирования. На сокращение числа детей в семье влиял целый ряд факторов экзогенного порядка и в первую очередь голод, а также последствия насильственных переселений и репрессий. Супруги разлучались, многие из них погибали или теряли здоровье в заключении, разрушались семьи. Детей из репрессированных семей помещали в распределители и детские дома, где не все из них выживали. Немало детей погибало и при выселениях в необжитые и трудные для обитания даже для взрослых, физически крепких людей местности. Перепись 1939 г. фиксирует резкое увеличение числа неполных семей (с одним из родителей), а также бездетных пар[26].

Следует также учесть, что и само регулирование рождаемости зачастую зависело от внешних причин: от рождения ребенка отказывались из-за напряженной внешней и внутриполитической обстановки, из-за тяжелых условий жизни и т. д. Кроме того, супруги часто разлучались из-за назначений на работу мужа или жены в другой город или район, причем супругу (супруге) не создавали возможности, а иногда и запрещали следовать за членом своей семьи в связи с «производственной нецелесообразностью». Не поощ-

ряла внутрисемейного регулирования рождаемости и государственная политика. Притом, что средства контрацепции были мало распространены, в 1935 г. были запрещены аборты, основное средство прерывания беременности, кстати, нелегкое и небезопасное.

На демографические процессы в 1930-е годы, во-первых, оказали влияние интенсивные миграции. Понижение рождаемости в сельской местности кроме голодных потерь в значительной степени связано с оттоком в города, и особенно сельской молодежи, на новостройки. *В целом потери РСФСР в 30-е годы по причине сверхсмертности составили более 4 млн человек.*

Во-вторых, обращает на себя внимание *неровный, скачкообразный характер динамики демографических показателей* – то повышение, то понижение их на очень коротком отрезке времени, прежде всего в городах России. Так, наметившаяся в середине 1930-х годов тенденция к снижению смертности уже к концу десятилетия сменилась повышением. Смертность, в том числе детская, росла из-за экзогенных причин, прежде всего инфекционных эпидемических заболеваний (скарлатины, кори, дифтерии и т. д.), что тоже свойственно лишь ранней стадии демографического перехода[27].

Людские потери касались всех возрастных групп населения. В результате в мирные годы (конец 1920 – вторая половина 1930-х годов) сверхсмертность в СССР составила около 11 млн человек[28], в том числе в РСФСР на протяжении 1930-х годов (без Казахстана и Киргизии) с учетом новых данных о потерях от голода 1932–1933 гг., как было сказано выше, более 4 млн человек. В результате людских жертв, в основном мужчин детородного возраста, диспропорции возрастнополовой структуры мы недосчитались накануне войны молодых людей призывного возраста.

В условиях сложной демографической ситуации началась Великая Отечественная война, которая унесла миллионы человеческих жизней. Потери населения составили 26–27 млн человек. Война повлекла за собой повышение смертности не только на фронтах, но и в тыловых районах, не говоря уже о зонах оккупации. Так, с мая 1941 г. по май 1942 г. показатель смертности гражданского населения вырос в 1,7 раза. И в городах, и в селах смертность поражала прежде всего детей от 0 до 4 лет. Резко сократилась во время войны и рождаемость. Ее показатель в 1943 г. составил всего 9,9 ‰, а в 1944 г. – 10,5‰[29].

С 1942 по 1945 г. на территориях СССР (без прифронтовых и оккупированных районов) имели место депопуляционные тенденции, фиксировался отрицательный прирост населения.

В тыловых районах оставалось очень мало мужчин в брачном возрасте, потому и показатель брачности в годы войны был очень низким. По сельскому учету населения на 1 января 1943 г. среди лиц 25–49 лет женщины составляли 76,5%, а мужчины – всего 23,5%[30].

Людские потери в годы Великой Отечественной войны наложились на неблагоприятную демографическую ситуацию предвоенных лет. Свою роль в усилении демографических последствий войны сыграли и послевоенная разруха, и форсированное восстановление хозяйства страны, что потребовало от населения колоссального напряжения духовных и физических сил. Все эти причины привели к устойчивости «демографического эха» войны, продолжавшего сказываться на протяжении многих десятилетий. Свою отрицательную роль, как мы уже видели, сыграл и голод 1947 г., нарушивший процесс демографической компенсации.

Хотя отрицательный прирост населения в целом за 1947 г. не был зафиксирован, однако он наблюдался, как было показано выше, в районах, охваченных голодом, и не только в этом году. Голод привел к понижению рождаемости и повышению смертности, особенно младенческой и детской, ухудшению здоровья детей, подростков и взрослых. Дети появлялись на свет с врожденной слабостью, были подвержены всякого рода заболеваниям: желудочно-кишечным инфекциям, пневмонии, болезням, связанным с истощением от голодания. Среди причин детской смертности – диспепсия, дизентерия, гастроэнтероколиты. Дети войны рождались с пониженными весом и ростом и долгие годы отставали по этим показателям от сверстников, рожденных в мирное время.

Самым негативным последствием голода 1947 г. оказался прерванный «бэби-бум», процесс повышения рождаемости возобновился только ближе к 1950-м годам. В результате компенсаторный период оказался очень коротким, охватив лишь конец 1940 – начало 1950-х годов. Мы лишились «демографического выигрыша».

В дальнейшем, в 1950-е годы, было зафиксировано понижение рождаемости. При этом, как и в конце 1940-х годов, периодически повышалась детская и младенческая смертность. Врожденная слабость, преждевременное рождение и различные болезни новорожденных все эти годы оставались основными причинами смертности младенцев. Участились случаи мертворождений. От преждевременных рождений умирало в начале этого периода

17% новорожденных, главным образом по причине ослабления организма матери. Сложившаяся в послевоенные годы демографическая ситуация не укладывалась в рамки естественного развития демографического перехода.

В-третьих, демографический переход в России развивался в условиях глубокой деформации возрастнополовой пирамиды: дисбаланса полов в пользу женщин и так называемых «демографических ям» в возрастной структуре населения. После окончания Гражданской войны, по данным переписи 1926 г., женщин на территории РСФСР насчитывалось больше, чем мужчин, на 4,5 млн человек. В ряде возрастных групп доля женщин достигала 62%. Особенно пострадали в этом отношении молодые люди от 25 до 34 лет, т. е. в самом детородном возрасте. Мужчин этой возрастной группы было на 7% меньше, чем женщин.

Нарушение в соотношении полов в конце 1930-х годов усилилось. Мужчин было меньше, чем женщин, уже на 8 млн человек. Голод и репрессии, принявшие массовый характер, не позволяли улучшить ситуацию.

После Великой Отечественной войны баланс полов в пользу женщин нарушился еще более, чем в 1930-е годы. Среди лиц 1920–1924 гг. рождения, особенно пострадавших от потерь во время войны, на 100 женщин приходилось всего 63 мужчины. Несостоявшийся «бэби-бум», охвативший после войны все участвовавшие в ней страны, был тяжелым следствием деформации состава населения по полу и в СССР и в РСФСР.

Лишь в конце 1960 – начале 1970-х годов дисбаланс полов хотя и не был преодолен, но начал выравниваться. В целом по России в 1959 г. на 1000 мужчин приходились 1242 женщины, в 1970 г. – 1196, в 1979 г. – 1174. При этом нарушение в соотношении полов увеличивалось в старших возрастных группах.

Деформирована была и возрастная структура населения. Статистикой зафиксировано несколько «демографических ям».

Первая – это дети, рожденные во время Гражданской войны. В 1926 г. доля таких детей составляла 10% от всего населения России, а доля детей, родившихся после войны, – 15,3%.

Следующую «демографическую яму» составили молодые люди, которым в военные годы было от 16 до 25 лет, принимавшие активное участие в боевых действиях. В дальнейшем эта пострадавшая от войн возрастная группа определила пониженный естественный прирост населения перед началом Великой Отечественной войны.

В 1930-е годы образовалась еще одна, третья «демографическая яма», которую составили дети, рожденные в 1932–1934 гг., т. е. в голодные годы.

Великая Отечественная война привела, как уже было сказано, к сокращению в возрастной структуре прежде всего лиц 1914–1924 гг. рождения, т. е. тех, кому было 17–27 лет в начале войны. В результате военных потерь понизилась и доля мужчин более старших возрастов. Небольшим был удельный вес возрастной группы, родившейся перед началом Великой Отечественной войны, численность которой сократилась (несмотря на действовавший в период их рождения закон о запрещении абортов) в связи с детскими эпидемиями конца 1930-х годов.

В возрастной пирамиде возникла еще одна «демографическая яма» – пониженная численность детей, родившихся во время войны, результат не только низкой рождаемости, но и высокой детской смертности. Эта детская группа имела в 1959 г. очень небольшой удельный вес в возрастном составе населения – всего 7–8%. Кроме того, у этих детей фиксировалось отставание в весе и росте по сравнению с детьми, рожденными в предвоенные годы. Так, в 1942 г. в Свердловске вес новорожденных мальчиков снизился на 200 г, а девочек – на 171 г. Рост уменьшился соответственно на 0,71 и 0,74 см. В Москве в 1943 и 1944 гг. годовалые дети по сравнению с рожденными в довоенное время имели дефицит веса в 650 г, а роста – в 1,5 см. По обследованию в Уфе в 1945 г. рост мальчиков 4–7 лет был ниже, чем у детей того же возраста в 1937 г., на 4,5 см, вес у семилетних уменьшился на 2 кг и на 1 кг у четырехлетних детей[31].

Поколение этих детей выросло ослабленным, среди них большее распространение, чем у детей, рожденных до войны, имели разного рода хронические заболевания, и их потомство по достижении детородного возраста оказалось более слабым.

Четвертой особенностью демографического перехода в России была значительная и сохранявшаяся в течение длительного хронологического периода роль факторов экзогенного порядка в воздействии на демографические процессы. Это привело к тому, что внутрисемейное регулирование, в данном случае сознательное ограничение рождаемости, основывалось зачастую не на внутренних психологических потребностях семьи и не было следствием сознательного стремления к ограничению рождаемости. Снижение рождаемости стало результатом воздействия внешних факторов: участие мужчин и женщин в военных действиях, воен-

ных конфликтах разного масштаба, их гибель на фронтах, насильственные миграции, репрессивная политика государства, длительное раздельное проживание супругов. В течение всего рассматриваемого периода назначения и переводы на работу в удаленные районы, бесконечные командировки и прочее практиковались не только в 1940-е, но и в 1950-е годы. Как правило, это негативным образом сказывалось на семейных отношениях, порой приводило к разрушению семьи. Женщина была перегружена производственной и общественной деятельностью. Ситуация усугублялась неразвитостью сферы обслуживания, хроническим дефицитом элементарной бытовой техники. К тому же государство не оберегало семью и не считалось с ее потребностями. Проводился жесткий курс на предпочтение общественных интересов личным, т. е. обеспечивались в первую очередь производственные потребности, а не семейно-бытовые. Этому соответствовала и вся система воспитания личности. В течение длительного времени в государственной политике вовсе не принимались в расчет интересы и нужды молодой семьи.

В-пятых, прерывный характер демографического перехода (его признаки были очень неустойчивыми и периодически исчезали) *наложил отпечаток на длительность и соотношение его фаз (стадий).*

Демографический переход в России начался, как уже говорилось выше, позднее по сравнению с индустриально развитыми странами Западной и Центральной Европы. В этих странах, как правило, на первой стадии демографического перехода снижалась смертность, а на второй – на фоне понизившейся смертности и увеличившейся продолжительности жизни – происходило снижение рождаемости. Затем наступал период длительной стабилизации. Считается, что во Франции имело место иное соотношение стадий – переход начался со снижения рождаемости. Однако не следует недооценивать предшествовавшее снижению уровня рождаемости довольно ощутимое снижение смертности еще в середине XVIII в. («отступление» смертности, по терминологии французских исследователей). Так или иначе, но более или менее значительное и более или менее длительное снижение смертности предшествует снижению рождаемости.

В России же оказалась затянутой именно первая фаза демографического перехода, связанная с понижением смертности, так как низкие показатели смертности в течение длительного периода не могли установиться и стабилизироваться. Большую

роль сыграли здесь причины смерти экзогенного характера. Помимо людских потерь вследствие голода, войн и т. д. сюда следует отнести и инфекционные эпидемические заболевания (тиф, оспа, дизентерия и т. д.), а также инфекционные хронические заболевания, среди которых на первом месте стоял туберкулез. Эти причины смерти устойчиво фиксируются на протяжении всей первой половины XX в. За три года Гражданской войны от острых инфекционных болезней погибло более 2 млн человек, в частности, от сыпного тифа в 1919 г. умерло 764 тыс. человек, а в 1920 г. – 834 тыс. человек. На протяжении всех 1930-х годов фиксируются детские эпидемии кори и скарлатины, унесшие сотни тысяч жизней. Великая Отечественная война привела к новой вспышке инфекционных хронических заболеваний. В конце 1940-х годов туберкулез стоял на первом месте среди причин смерти. Отмечалось также широкое распространение желудочно-кишечных инфекций. В структуре причин смерти проявилось запаздывание так называемого эпидемиологического перехода.

Таким образом, первая фаза демографического перехода в России оказалась очень длительной. Отмеченные нарушения в возрастнополовом составе населения также сыграли свою роль. Зато вторая фаза, связанная с понижением рождаемости, набирала силу очень быстро, причем на фоне еще значительной смертности.

Начиная с середины XX в. демографическая ситуация в России начинает меняться под воздействием новых факторов, характерных для индустриально развитых стран. Это прежде всего модернизация экономики на основе НТР, интенсивный процесс урбанизации, сопровождающийся резким увеличением городского населения. В период с 1954 по 1975 г. через каждые пять лет его численность возрастает на 4,4–5,5%, достигнув к 1979 г. 69%. Вместе с тем повышается общий образовательный уровень населения, улучшаются в связи с резким увеличением в 1960-е годы жилищного строительства бытовые условия жизни населения. То же можно сказать и об уровне медицинского обслуживания. Население в своей массе приобщается к медицинским знаниям. Наконец, в 1960–1970-е годы получают широкое распространение средства регулирования деторождения. Аборт все еще находится на первом месте, но становятся более доступными по сравнению с предшествующим периодом отечественные и импортные средства контрацепции.

Во второй половине 1950-х годов в России наблюдается уже устойчивая тенденция к снижению рождаемости: в 1950 г. – 26,9‰, в 1955 г. – 25,7‰, в 1959 г. – 23,7‰[32].

Особенно ярко эта тенденция проявилась в 1960-е годы. Рождаемость в СССР и, в частности, в РСФСР резко падает, ее показатели стабилизируются. В 1960 г. она составляет 23,2‰, в 1965 г. – 15,7‰, в 1970 г. – 14,6‰, затем поднимается, но незначительно: в 1975 г. – 15,7‰, в 1979 г. – 15,8‰. Быстрое снижение показателя рождаемости охватывает все районы РСФСР. Приведем данные за 1960 и 1970 гг. по отдельным регионам: в Центральном промышленном районе – 21,8 и 12,6‰, на Северном Кавказе – 24 и 16,3‰, Поволжском районе – 23,6 и 14,7‰, в Уральском районе – 26,6 и 15,6‰, в Западно-Сибирском районе – 26,7 и 15,2‰, в Восточно-Сибирском – 27,7 и 17,5‰, на Дальнем Востоке – 25,0 и 17,8‰[33]. В особом положении находились Северо-Западный и Центральный районы, где рождаемость снизилась раньше и таких резких скачков ее показатели не испытывали. Типичной стала повсеместная тенденция к снижению возраста матерей и уменьшению числа рождений среди женщин в возрасте после 35 лет.

Эти годы отмечены и значительным понижением смертности, и выравниванием ее показателей в городе и селе. Смертность городского населения в 1960 г. составляла 6,7‰, а в селе – 8,2‰, в 1970 г. – соответственно 7,9 и 10,07‰. При этом уменьшилась роль экзогенных причин смерти. Если инфекционные и паразитарные болезни в 1960 г. унесли 62 тыс. жизней (52,2 случая на 100 тыс. населения), то в 1970 г. – 31 тыс. (24,0), а в 1979 г. – 28 тыс. (20,5)[34]. Основными причинами смерти становятся болезни эндогенного характера – на первом месте органы кровообращения, а на втором – новообразования. Среди младенцев на фоне снижающейся смертности также уменьшается число умерших от инфекционных и паразитарных болезней. Если в 1960 г. от них погибло 11 тыс. младенцев, то в 1970 г. – только 2 тыс. К концу 1970-х годов этот показатель поднимается, достигнув 7 тыс.[35] Основными причинами младенческой смертности в эти годы являются болезни органов дыхания, а также отдельные состояния, возникающие в перинатальный период. Таким образом, произошли существенные изменения в соотношении причин общей и детской смертности. Смертность младенцев от врожденных аномалий в 1960-е годы была незначительна, однако к концу 1970-х годов ее показатель начал увеличиваться. Сказалось резкое ухудше-

ние экологической ситуации, особенно в промышленных районах страны. В целом же уровень младенческой смертности в России в этот период (в 1970 г. – 23 ‰, в 1980 г. – 22,1‰) был ниже соответствующего показателя некоторых европейских стран – Италии (25,9‰), Испании (29,6‰).

В 1960-е – первой половине 1970-х годов Россия поднимается до уровня мировых показателей продолжительности жизни, характерных для индустриально развитых стран. В среднем ожидаемая продолжительность жизни при рождении составляла в этот период в России в 1961–1962 гг. 68,8 года (среди мужчин – 63,8, среди женщин – 72,4), в 1970–1971 гг. – соответственно 68,9 года (63,2 и 73,6)[36]. Однако к концу 1970-х годов наметились неблагоприятные тенденции: сокращение продолжительности жизни, прежде всего среди мужчин, наблюдавшееся еще во второй половине 1960-х годов, обрело устойчивость, замедлилось и стало скачкообразным снижение смертности детей и младенцев. В итоге в 1979 г. соответствующие показатели составили 67,7 года (61,7 и 73,1).

В течение всего периода 1954–1975 гг. в России был зафиксирован положительный естественный прирост населения. В 1960 г. он еще весьма высок – 15,8‰, в 1970 г. – 5,9‰, в 1979 г. – 5,0‰[37]. Здесь проявилась присущая завершающей стадии демографического перехода тенденция к снижению естественного прироста, однако ни разу за все рассматриваемое двадцатилетие он не опустился до нулевого, а тем более – до отрицательного уровня.

В 1960–1970-е годы в России демографический переход, успешно развиваясь, вступил в свою завершающую фазу, выразившуюся в следующем. Коэффициент рождаемости приближается к уровню простого воспроизводства населения, а коэффициент смертности, испытав некоторое повышение, под воздействием процесса старения населения остается низким. Низкие показатели рождаемости и смертности имеют тенденцию к стабилизации. Уменьшаются региональные различия в демографических показателях. Можно сказать, что к середине 1970-х годов демографический переход в России в основных своих чертах завершился. К этому времени оказалась преобладающей простая, нуклеарная семья, состоящая из супружеской пары с детьми. Семья стала не только малочисленной, но и малодетной: в среднем один-два ребенка.

Однако специфика протекания в России демографического перехода наложила отпечаток на демографические характеристи-

ки населения: наличие в возрастном составе многочисленных «демографических ям», сохранение и даже увеличение существенной разницы в продолжительности жизни мужчин и женщин, неровный характер и темпы развития демографических процессов и т. д. На сглаживание этих остаточных явлений требовалось время.

Уже к началу 1980-х годов не только не исчезают, но усугубляются неблагоприятные тенденции в структуре причин смерти: сокращение ожидаемой продолжительности жизни, прежде всего мужчин, заметный рост показателей смертности в детском и трудоспособном возрастах и т. д. *Длительная* демографическая стабилизация не состоялась, она вновь была прервана.

В 1980-е годы увеличение смертности (более 11‰) было связано и со старением населения, и с неблагоприятной экологией, и с усилением алкоголизма, и с ухудшением медицинского обслуживания. Отмечается повышение смертности в трудоспособных возрастах. Однако существенное увеличение рождаемости обеспечивало положительный естественный прирост – 5–6‰ ежегодно. В период с 1979 по 1989 г. население увеличилось почти на 10 млн человек, хотя активной миграции в РСФСР не было, наоборот, имел место отток населения в другие республики СССР. Младенческая смертность сократилась с 22‰ в 1980 г. до 18‰ в 1989 г. Однако этот процесс происходил в России значительно медленнее, чем на Западе, и не столь последовательно.

В 1990-е годы смертность детей в России возросла. Ретроспективный анализ переписи 2002 г. показывает, что в конце 1990-х годов на каждую тысячу новорожденных в России приходилось не доживших до 15 лет 24 мальчика и 18 девочек[38]. Соответствующие показатели в странах Европы, США и Японии в этот период были в два и более раза ниже. Прежде всего, в России умирали младенцы до года – 13 человек на каждую тысячу. Распространенной причиной смерти являлись врожденные аномалии. Показатель смертности по этой причине рос в течение многих лет и только в последние годы стал убывать.

Ожидаемая продолжительность жизни в 1990-е годы снизилась и среди мужчин, и среди женщин, причем среди мужчин – более чем на два года, усугубив и без того значительный разрыв с показателем у женщин. Если в 1980-е годы смертность в трудоспособных возрастах была велика только среди мужчин, то на протяжении 1990-х годов она стала высокой и у женщин. Основной причиной смерти являлись сердечно-сосудистые заболева-

ния, хотя сыграли свою роль и новообразования, и болезни органов пищеварения, и инфекции. Мужчины в России умирают от сердечно-сосудистого заболевания на 10 лет раньше, чем в Европе, США и Японии[39]. В 1990-е годы в нашей стране выросли заболеваемость туберкулезом и смертность от него. Увеличилось число венерических заболеваний, в том числе сифилисом. Большой проблемой являлась и остается по сей день ВИЧ-инфекция. Среди причин смерти фиксировалось большое количество насильственных случаев. Так, более 50 тыс. человек в 2001 г. погибли в автодорожных происшествиях, еще 55 тыс. стали жертвами убийств (криминальных и бытовых), 60–80 тыс. покончили жизнь самоубийством (в основном мужчины), наконец, более 70 тыс. умерли в результате отравлений низкокачественными пищевыми продуктами и алкогольными напитками, а также газом и продуктами горения (при пожарах и в случаях нарушения техники безопасности на работе).

Начиная с 1992 г. в России фиксировался отрицательный естественный прирост населения. По подсчетам статистиков, население России убыло по этой причине с 1992 по 2000 г. почти на 7 млн человек (при том что естественная убыль была частично сбалансирована положительным сальдо миграций). В итоге, по данным переписи 2002 г., население России по сравнению с 1989 г. уменьшилось на 1,8 млн человек: 147 млн – в 1989 г. и 145,2 – в 2002 г.

Таким образом, в России 1990-е годы характеризуются резким повышением смертности и столь же резким понижением рождаемости, отрицательным естественным приростом населения, что привело к глубокому *демографическому кризису*.

В отечественной литературе возвеличивается сегодня роль женщины, жившей в послевоенные годы, ибо ей выпала на долю «историческая миссия завершения демографического перехода в России».

Послевоенный период в демографическом развитии России способствовал быстрому сокращению рождаемости в 1950–1960-е годы и принудил женщину к выполнению этой «великой роли». Эта роль была для нее вынужденной, вымученной и выполнялась она в условиях:

– глубокой диспропорции полов и большого дефицита мужчин;

– огромной загруженности женщины в общественном производстве. Мужские руки даже на самых тяжелых видах работ заменялись женскими;

– недостатка питания и голодания в послевоенный период;

– низкого уровня материального обеспечения, отсутствия элементарных удобств и дефицита жилья;

– ослабленного здоровья самой женщины, высокой младенческой и детской смертности.

Рождаемость как таковая по своим показателям не была в целом по России и во многих ее регионах низкой. Женщина хотела иметь семью и детей. Показатели рождаемости снижала младенческая смертность.

Планирование семьи было скорее вынужденным, чем осознанным. Женщины шли на аборт, рискуя жизнью, под давлением внешних причин.

Таким образом, потенциал продолжения рода не был исчерпан. Окончание демографического перехода было ускорено, а период стабилизации был сорван.

И вот именно сегодня, когда ведутся разговоры о необратимых процессах сокращения населения России, о втором демографическом переходе к бездетной семье и к отсутствию семьи, у нас в стране начинает набирать силу процесс демографической компенсации. Об этом свидетельствуют возросшие показатели рождаемости, которые можно наблюдать в начале XXI в. Лидируют крупные города и мегаполисы. Любопытно, что рождаемость повышается не только, как это было в 2002–2003 гг., в зажиточных слоях населения. Процесс начинает захватывать и слои со средним уровнем достатка.

Жизненный потенциал российских этносов, в том числе славянских, не исчерпан. Говорить о необратимом процессе депопуляции нет оснований. Сейчас, как никогда, Россия нуждается в активной демографической политике.

Примечания

[1] См.: Население России в XX веке. Исторические очерки. Т. 1. М., 2000. С. 93.

[2] Там же. С. 150.

[3] См.: Красный террор в годы гражданской войны // Вопросы истории. 2001. № 7. С. 9–10.

[4] См.: *Данилов В.П.* За что погибли 16 млн россиян // Юность. 1990. № 107. С. 19; *Литвин А.Л.* Красный и белый террор в России: 1918–1922 гг. Казань, 1995. С. 52, 78.

[5] См.: *Земсков В.Н.* Политические репрессии в СССР, 1917–1990 гг. // Россия. XXI. 1994. № 1–2. С. 123.

[6] См.: *Солженицын А.* Архипелаг Гулаг // Новый мир. 1989. № 9.

[7] См.: *Лубны-Герцык Л.И.* Движение населения на территории СССР: За время мировой войны и революции. М., 1926. С. 100, 103, 113; *Араловец Н.А.* Городская семья в России. 1897–1926. Историко-демографический аспект. М., 2003. С. 119.

[8] См.: *Жиромская В.Б.* После революционных бурь: Население России в первой половине 20-х годов. М., 1996. С. 7.

[9] См., например: *Гаврилова И.Н.* Население Москвы: исторический ракурс. М., 2001. С. 303.

[10] См.: *Жиромская В.Б.* Указ. соч. С. 11.

[11] См.: Население России за 100 лет (1897–1997). М., 1998. С. 86, 88.

[12] См.: *Adametz S., Blum A., Zakharov S.* Disparités et variabilités des catastrophes démographiques en URSS. P., 1994. P. 72–73.

[13] См.: Трагедия советской деревни: Коллективизация и раскулачивание. 1927–1939. Документы и материалы. Т. 3. 1930–1933. М., 2001; *Зеленин И.Е.* Кульминация крестьянской трагедии // Трагедия советской деревни: Коллективизация и раскулачивание. 1927–1939; *Зеленин И.Е., Ивницкий Н.А., Кондрашин В.В., Осколков Е.Н.* О голоде 1932–1933 годов и его оценке на Украине // Отечественная история. 1994. № 6; *Зеленин И.Е.* «Закон о пяти колосках»: разработка и осуществление // Вопросы истории. 1998. № 1; *Он же.* Революция «сверху»: завершение и трагические последствия // Там же. 1994. № 10; *Данилов В.П.* К истории коллективизма // История СССР. 1991. № 5; *Он же.* Коллективизация: как это было? // Страницы истории советского общества. Факты, проблемы, люди. М., 1989; *Он же.* Дискуссия в западной прессе о голоде 1932–1933 годов и демографическая катастрофа 30–40-х годов в СССР // Вопросы истории. 1988. № 3; *Ивницкий Н.А.* Коллективизация и раскулачивание (начало 30-х годов). М., 1994.

[14] См.: *Уиткрофт С.Г., Дэвис Р.У.* Кризис в советском сельском хозяйстве, 1931–1933 // Отечественная история. 1998. № 6; *Он же.* О демографических свидетельствах трагедии советской деревни в 1931–1933 гг. // Трагедия советской деревни: Коллективизация и раскулачивание. 1927–1939. С. 866–887; *Wheatcroft S.G., Davies R.W.* In the Mirror of the Soviet Statistics // Davies R.W., Harrison M., Wheatcroft S.G. (eds.). The Economic Transformation of the Soviet Union, 1913–1945. Cambridge, 1994.

[15] См.: *Максудов С.* Потери населения в годы коллективизации // Звенья. М., 1991. № 1; *Он же.* Потери населения СССР. Вермонт, 1989; *Конквест Д.* Жатва скорби: советская деревня и террор голодом. Лондон, 1988.

[16] См.: *Осколков Е.Н.* Голод 1932–1933 гг. в Северо-Кавказском крае. Ростов-н/Д, 1991; *Кондрашин В.В.* Голод 1932–1933 гг. в деревне Поволжья // Вопросы истории. 1991. № 6; *Он же.* Голод 1932–1933 гг. в деревне Поволжья: Авт. дис. канд. ист. наук. М., 1991; *Корнилов Г.Е.* Уральское село и война (Проблемы демографического развития). Екатеринбург, 1993; *Исупов В.А.* Демографические последствия голода 1932–1933 гг. в Западной Сибири // Демографическое развитие Сибири. 30–80-е гг. (Исторический опыт и современные проблемы). Новосибирск, 1991; *Он же.* Демографические катастрофы и кризисы в России в первой половине XX века: Историко-демографические очерки. Новосибирск, 2000.

[17] См.: Население России в XX веке: Исторические очерки. Т. 1. 1900–1939. М., 2000. С. 265–275.

[18] См.: *Абылхожин Ж.Б., Козыбаев М.К, Татимов М.Б.* Казахстанская трагедия // Вопросы истории. 1989. № 7; *Алексеенко А.Н.* Голод начала 30-х годов в Казахстане (методика определения числа пострадавших) // Историческая демография: новые подходы, методы, источники. М., 1992; *Батырбаева Ш.* Население Кыргызстана в 20–50-е годы XX века: историко-демографический анализ. Бишкек, 2003.

[19] См.: Голод 1932–1933 років в Україні: причини та наслідки. К., 2003; *Кульчицький С.В.* Трагічна статистика голодомору // Минуле України. Видновлені сторинкі. К., 1991; *Он же.* Демографические последствия голода 1933 г. на Украине // Философская и социологическая мысль. 1989. № 6; *Он же.* Україна між двома війнами (1921–1939 рр.). К., 1999; *Перковский А.Л, Пирожков С.И.* К истории демографического развития 30–40-х годов (на примере Украинской ССР) // Экономика. Демография. Статистика. М., 1990.

[20] См.: Голод 1932–1933 років в Україні: причини та наслідки... С. 512–513.

[21] Расчеты автора по: *Осколков Е.Н.* Голод 1932–1933 гг. в Северо-Кавказском крае. Ростов-н/Д, 1991; *Кондрашин В.В.* Голод 1932–1933 гг. в деревне Поволжья // Вопросы истории. 1991. № 6; *Он же.* Голод 1932–1933 гг. в деревне Поволжья: Авт. дис. канд. ист наук. М., 1991; *Корнилов Г.Е.* Уральское село и война (Проблемы демографического развития). Екатеринбург, 1993; *Исупов В.А.* Демографические последствия голода 1932–1933 гг. в Западной Сибири // Демографическое развитие Сибири. 30–80-е гг. (Исторический опыт и современные проблемы). Новосибирск, 1991; *Он же.* Демографические катастрофы и кризисы в России в первой половине XX века: Историко-демографические очерки. Новосибирск, 2000; *Андреев Е.М., Дарский Л.Е., Харькова Т.Л.* Демографическая история России: 1927–1959. М., 1998. С. 83; *Жиромская В.Б.* Демографическая история России в 1930-е годы: взгляд в неиз-

вестное. М., 2001. С. 52–53. В расчетах учтены новые данные о географии голода и числе потерь.

[22] См.: Население России в XX веке: Исторические очерки. Т. 1. 1900–1939. М., 2000. С. 265–275; Трагедия советской деревни: Коллективизация и раскулачивание. 1927–1939. Документы и материалы. Т. 3. 1930–1933. М., 2001; *Зеленин И.Е.* Кульминация крестьянской трагедии // Трагедия советской деревни: Коллективизация и раскулачивание. 1927–1939; *Зеленин И.Е., Ивницкий Н.А., Кондрашин В.В., Осколков Е.Н.* О голоде 1932–1933 годов и его оценке на Украине // Отечественная история. 1994. № 6; *Зеленин И.Е.* «Закон о пяти колосках»: разработка и осуществление // Вопросы истории. 1998. № 1; *Он же.* Революция «сверху»: завершение и трагические последствия // Там же. 1994. № 10; *Данилов В.П.* К истории коллективизма // История СССР. 1991. № 5; *Он же.* Коллективизация: как это было? // Страницы истории советского общества. Факты, проблемы, люди. М., 1989; *Он же.* Дискуссия в западной прессе о голоде 1932–1933 годов и демографическая катастрофа 30–40-х годов в СССР // Вопросы истории. 1988. № 3; *Ивницкий Н.А.* Коллективизация и раскулачивание (начало 30-х годов). М., 1994; Голод 1932–1933 років в Україні: причини та наслідки. К., 2003; *Кульчицький С.В.* Трагічна статистика голодомору // Минуле України. Видновлені сторинкі. К., 1991; *Он же.* Демографические последствия голода 1933 г. на Украине // Философская и социологическая мысль. 1989. № 6; *Он же.* Україна між двома війнами (1921–1939 рр.). К., 1999; *Перковский А.Л, Пирожков С.И.* К истории демографического развития 30–40-х годов (на примере Украинской ССР) // Экономика. Демография. Статистика. М., 1990; *Абылхожин Ж.Б., Козыбаев М.К., Татимов М.Б.* Казахстанская трагедия // Вопросы истории, 1989. № 7; *Алексеенко А.Н.* Голод начала 30-х годов в Казахстане (методика определения числа пострадавших) // Историческая демография: новые подходы, методы, источники. М., 1992; *Батырбаева Ш.* Население Кыргызстана в 20–50-е годы XX века: историко-демографический анализ. Бишкек, 2003; *Уиткрофт С.Г., Дэвис Р.У.* Кризис в советском сельском хозяйстве. 1931–1933 // Отечественная история. 1998. № 6; *Уиткрофт С.Г.* О демографических свидетельствах трагедии советской деревни в 1931–1933 гг. // Трагедия советской деревни: Коллективизация и раскулачивание. 1927–1939. С. 866–887; *Wheatcroft S.G., Davies R.W.* In the Mirror of the Soviet Statistics // Davies R.W., Harrison M., Wheatcroft S.G. (eds.). The Economic Transformation of the Soviet Union, 1913–1945. Cambridge, 1994; *Максудов С.* Потери населения в годы коллективизации // Звенья. М., 1991. № 1; *Он же.* Потери населения СССР. Вермонт, 1989; *Конквест Д.* Жатва скорби: советская деревня и террор голодом. Лондон, 1988 и др.

[23] См.: *Андреев Е.М., Дарский Л.Е., Харькова Т.Л.* Указ. соч. С. 164.

[24] См.: Население России за 100 лет. С. 86.

[25] См.: Население России в XX веке: Исторические очерки. Т. 1. 1900–1939 гг. М., 2000. С. 204.

[26] Там же. С. 188.

[27] Подробнее см.: *Жиромская В.Б.* Демографическая история России в 1930-е годы: взгляд в неизвестное. М., 2001. С. 14–15, 21–30.

[28] Там же. С. 46, 218.

[29] См.: Население России в XX веке: Исторические очерки. Т. 2. 1940–1959 гг. М., 2001. С. 87, 100.

[30] Там же. С. 103.

[31] *Жиромская В.Б., Араловец Н.А.* Демографические последствия Великой Отечественной войны // Россия в XX веке. Война 1941–1945 гг. Современные подходы. М., 2005. С. 235.

[32] См.: Население России в XX веке: Исторические очерки. Т. 2. С. 84.

[33] Там же. С. 114–137.

[34] См.: Население России за 100 лет... С. 156–157.

[35] Там же. С. 161–163.

[36] Там же. С. 164.

[37] Там же. С. 114.

[38] См.: Население и общество. Информационный бюллетень. 2003. № 72.

[39] Там же. № 76.

Contents

Introduction 7

Chapter I. Sources for research

1. Sources: general description 13
2. The history of preparing for, and conducting the All-Union Census in 1959 14

Chapter II. After the war: fathers and sons

1. «The Last Victim» 34
2. Demographic consequences of human losses: age and gender population breakdown and marriage rates 45
3. The war «echo»: regional peculiarities 58

Chapter III. State demographic policy in the postwar years

1. State policy on maternity and childhood care 84
2. State policy on general health care 116
3. The problems of advancing educational level of various generations and state policies 148

Chapter IV. Post-war demographic compensation in Russia: specific features

1. «Baby boom» or «baby drop»? 174
2. Disease and mortality rates in the 1940s 191
3. Demographic development in Russia in the 1950s: specific features 248

Post-war period in the population history in the context of Russia's demographic development In lieu of a conclusion 287

Zhiromskaya V.B.

Life Potential of the Post-war Generations in Russia: history and demography. 1946–1960.

The book studies a problem which has been little researched heretofore: the problem of life potential of post-war generations; this potential is analyzed from the point of view of history and demography. Archival statistics data serve as basis for studying mortality and birth rates, disease rates and causes of death, including infant deaths, in the post-war generations. The book contains an original concept of the specific features of the transition from the traditional to the modern type of population reproduction in Russia. The book also defines the role of post-war demographic processes in the development of these features.

For scholars, faculty, graduate students, and students of Russian history.

Жиромская В.Б.

Ж66 Жизненный потенциал послевоенных поколений в России: историко-демографический аспект: 1946–1960 / Отв. ред. Ю.А. Поляков. М.: РГГУ, 2009. 311 с.

ISBN 978-5-7281-1036-1

Исследуется проблема жизненного потенциала послевоенных поколений, проводится его историко-демографический анализ. В центре внимания автора – продолжительность жизни поколений, перенесших тяготы Великой Отечественной войны, и факторы, которые на нее повлияли: состояние здоровья населения, способность к воспроизводству и выживаемость потомства. Много места отводится влиянию на жизненный потенциал российского населения причин экзогенного порядка: демографических последствий войны, голода 1946–1947 гг., трудностей восстановительного периода.

Представлена оригинальная концепция особенностей демографического перехода в России от традиционного к современному типу воспроизводства населения, определена роль демографических процессов послевоенных лет в его развитии.

Для научных работников, преподавателей вузов, аспирантов и студентов, изучающих отечественную историю.

УДК 314
ББК 60.7

Научное издание

Жиромская Валентина Борисовна

ЖИЗНЕННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ ПОСЛЕВОЕННЫХ ПОКОЛЕНИЙ В РОССИИ

Историко-демографический аспект
1946–1960

Редактор
Е.К. Солоухина

Художественный редактор
М.К. Гуров

Корректоры
Т.М. Козлова, Н.К. Егорова

Технический редактор
Г.П. Каренина

Компьютерная верстка
Е.Б. Рагузина

Подписано в печать 03.03.2009.
Формат 60×90 $^{1}/_{16}$.
Усл. печ. л. 20,0.
Уч.-изд. л. 17,7.
Тираж 1500 экз.
Заказ 463

Издательский центр
Российского государственного
гуманитарного университета
125993, Москва, Миусская пл., 6
Тел. 8-499-973-42-00

Отпечатано в ППП «Типография «Наука»
121099, Москва, Шубинский пер., 6

Издательский центр РГГУ выпустил в свет

СОЦИОКУЛЬТУРНЫЙ ФЕНОМЕН ШЕСТИДЕСЯТЫХ

Научное издание

Сборник статей включает в себя материалы международного научного семинара «Социокультурный феномен 60-х годов: кризис советской ментальности?», проведенного в РГГУ 23–24 ноября 2006 г. Учебно-научным центром глобалистики и компаративистики ИФИ РГГУ при участии Франко-российского центра общественных и гуманитарных наук в Москве.

Эпоха советских «шестидесятых» освещается как социокультурный феномен кризиса тоталитарной ментальности. Основное внимание уделяется духовному аспекту общественной жизни, в особенности литературной сфере. Предпринята попытка концептуализации «шестидесятничества» в широком диахронном и отчасти синхронном историческом контексте. Сборник сопровождается аннотированной библиографией отечественных научных публикаций по данной проблематике.

Для специалистов в области культурологии, истории, филологии и других гуманитарных наук, студентов и аспирантов, а также для широкого круга читателей.

В Издательском центре РГГУ готовится к печати

МЕХАНИЗМЫ ВЛАСТИ: ТРАНСФОРМАЦИИ ПОЛИТИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ В РОССИИ И АВСТРО-ВЕНГРИИ НА РУБЕЖЕ XIX–XX вв.

Научное издание

Представлены итоговые материалы международной конференции, состоявшейся в мае 2007 года в РГГУ. В статьях ведущих российских и австрийских ученых реконструируется политический контекст эпохи второй половины XIX – начала XX в., сравниваются модели взаимодействия власти и общества в Российской империи и Австро-Венгрии. В центре внимания – проекты формирования коллективных идентичностей в многосоставных государствах, инициированные «сверху», и те, что возникали в результате общественных инициатив. Исследователи дают свои версии ответов на вопросы о том, насколько жизнеспособными оказались эти стратегии, и как они трансформировались в политической реальности. Издание ориентировано на междисциплинарный подход, включает историко-антропологические, политологические, социологические, культурологические и философские объяснения.

Для специалистов гуманитарного профиля, а также студентов и всех интересующихся прошлым и настоящим России и стран Центральной и Юго-Восточной Европы.